



Año 1915.

Núm. 3028.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DE LA

VIA VAGINAL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POA

ROBERTO GANDULFO

Ex-practicante externo del Hospital San Roque  
1912 - 18

Ex-practicante externo del Hospital Rawson  
1913 - 14

Ex-practicante menor interno del Hospital Rawson  
1913 - 14

Ex-practicante mayor interno del Hospital Juan A. Fernandez  
1914 - 15



LIBRERIA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA E IMPRENTA DE A. GUIDI SUFFARINI  
2070, CORDOBA, 2030 - BUENOS AIRES

*Handwritten:* 11000 4. 692



INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DE LA

VÍA VAGINAL



Año 1915.

Núm. 3028.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DE LA

# VIA VAGINAL

---

## TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

### ROBERTO GANDULFO

Ex-practicante externo del Hospital San Roque  
1913 - 13

Ex-practicante externo del Hospital Rawson  
1913 - 14

Ex-practicante menor interno del Hospital Rawson  
1913 - 14

Ex-practicante mayor interno del Hospital Juan A. Fernandez  
1914 - 15



LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA É IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI

2070, CÓRDOBA, 2020 - BUENOS AIRES

---

La Facultad no se hace solidaria de las  
opiniones vertidas en las tesis.

*Artículo 102 del R. de la F.*

---

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

### Vice-Presidente

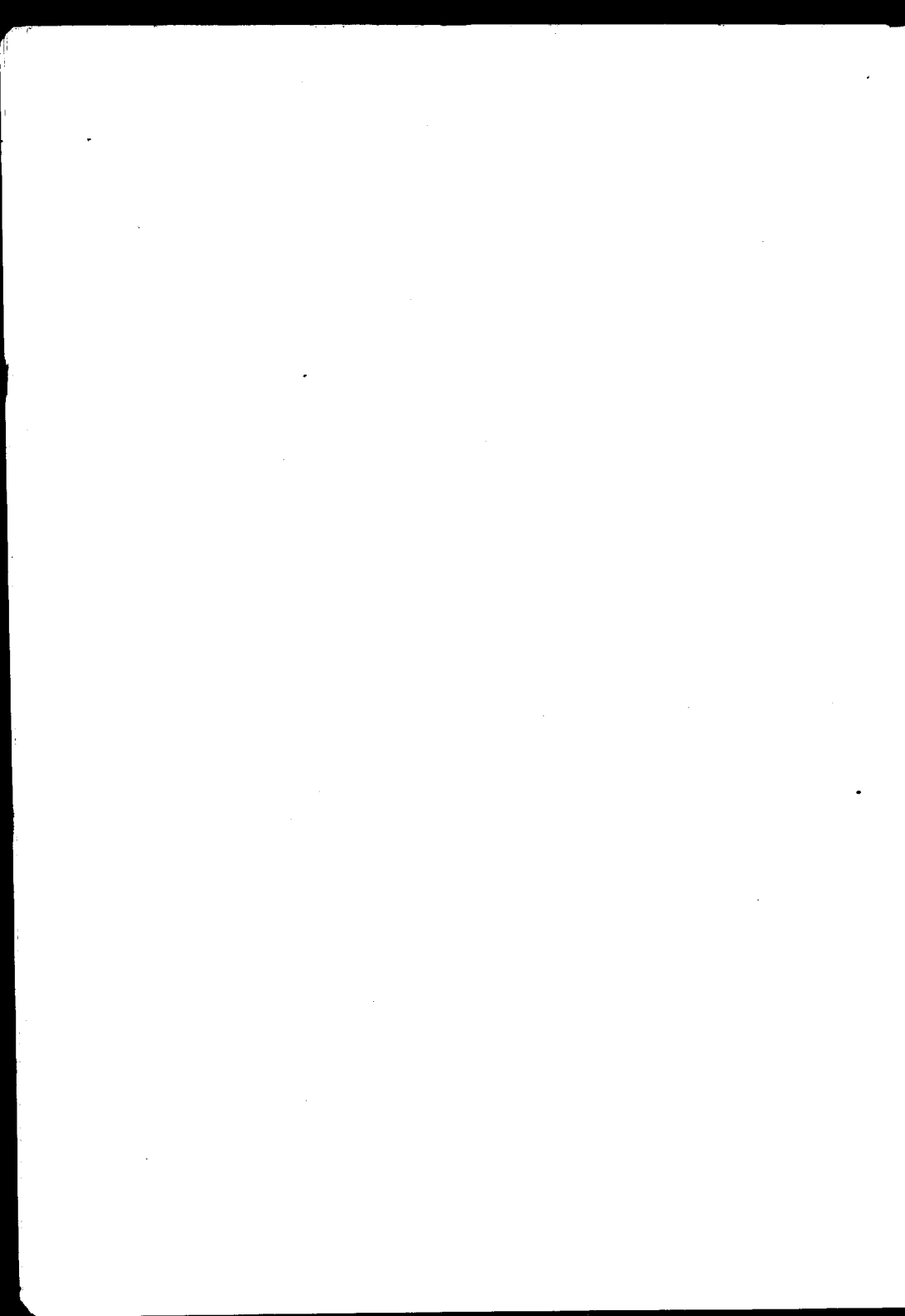
DR. D. JOSÉ PENNA

### Miembros titulares

1.   »   »   EUFEMIO UBALLES
2.   »   »   PEDRO N. ARATA
3.   »   »   ROBERTO WERNICKE
4.   »   »   PEDRO LAGLEYZE
5.   »   »   JOSÉ PENNA
6.   »   »   LUIS GÜEMES
7.   »   »   ELISEO CANTÓN
8.   »   »   ANTONIO C. GANDOLFO
9.   »   »   ENRIQUE BAZTERRICA
10.  »   »   DANIEL J. CRANWELL
11.  »   »   HORACIO G. PIÑERO
12.  »   »   JUAN A. BOBRI
13.  »   »   ANGEL GALLARDO
14.  »   »   CARLOS MALBRAN
15.  »   »   M. HERRERA VEGAS
16.  »   »   ANGEL M. CENTENO
17.  »   »   FRANCISCO A. SICARDI
18.  »   »   DIÓGENES DECOUD
19.  »   »   BALDOMERO SOMMER
20.  »   »   DESIDERIO F. DAVEL
21.  »   »   GREGORIO ARAOZ ALFARO
22.  »   »   DOMINGO CABRED
23.  »   »   ABEL AYERZA
24.  »   »   EDUARDO OBEJERO

### Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL  
» MARCELINO HERRERA VEGAS



# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Miembros Honorarios

1. DR. D. TELEMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

## Vice Decano

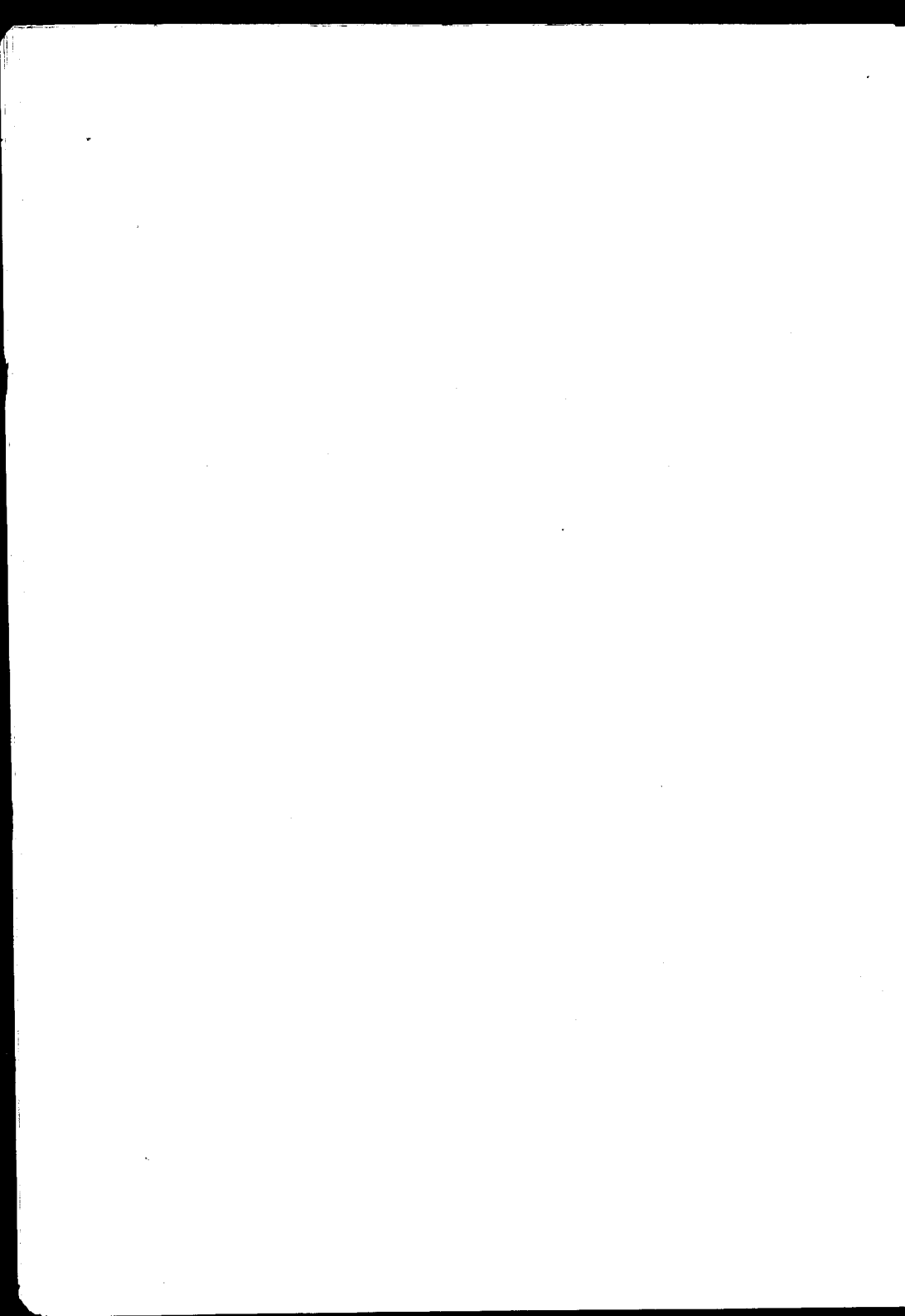
DR. CARLOS MALBRAN

## Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES  
» » ENRIQUE BAZTERRICA  
» » ENRIQUE ZÁRATE  
» » PEDRO LACABERA  
» » ELISEO CANTÓN  
» » ANGEL M. CENTENO  
» » DOMINGO CABRED  
» » MARCIAL V. QUIROGA  
» » JOSÉ ARCE  
» » ABEL AYERZA  
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)  
» » DANIEL J. CRANWELL  
» » CARLOS MALBRÁN  
» » JOSÉ F. MOLINARI  
» » MIGUEL PUIGGARI  
» » ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

## Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)  
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

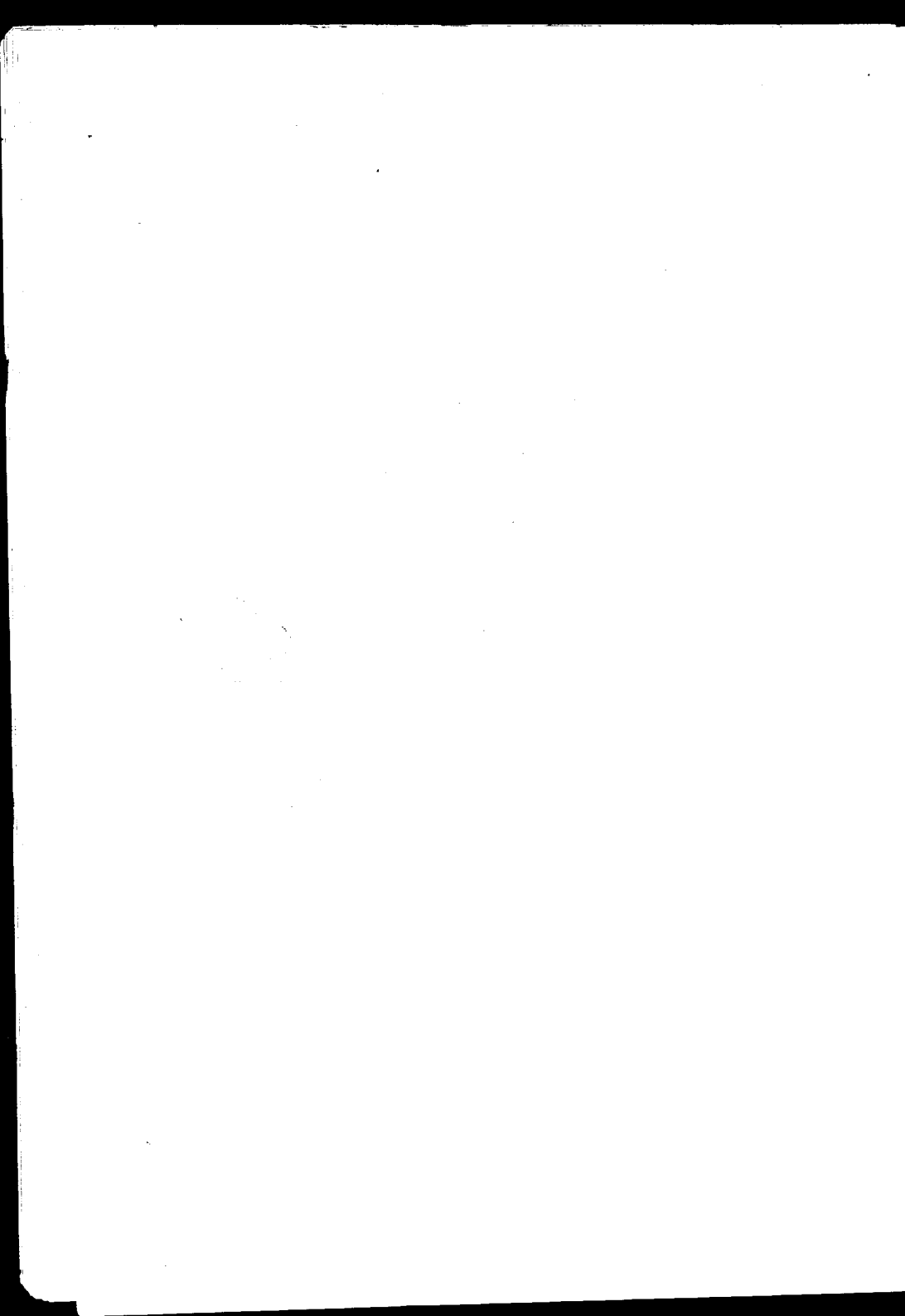


## ESCUELA DE MEDICINA

---

### PROFESORES HONORARIOS

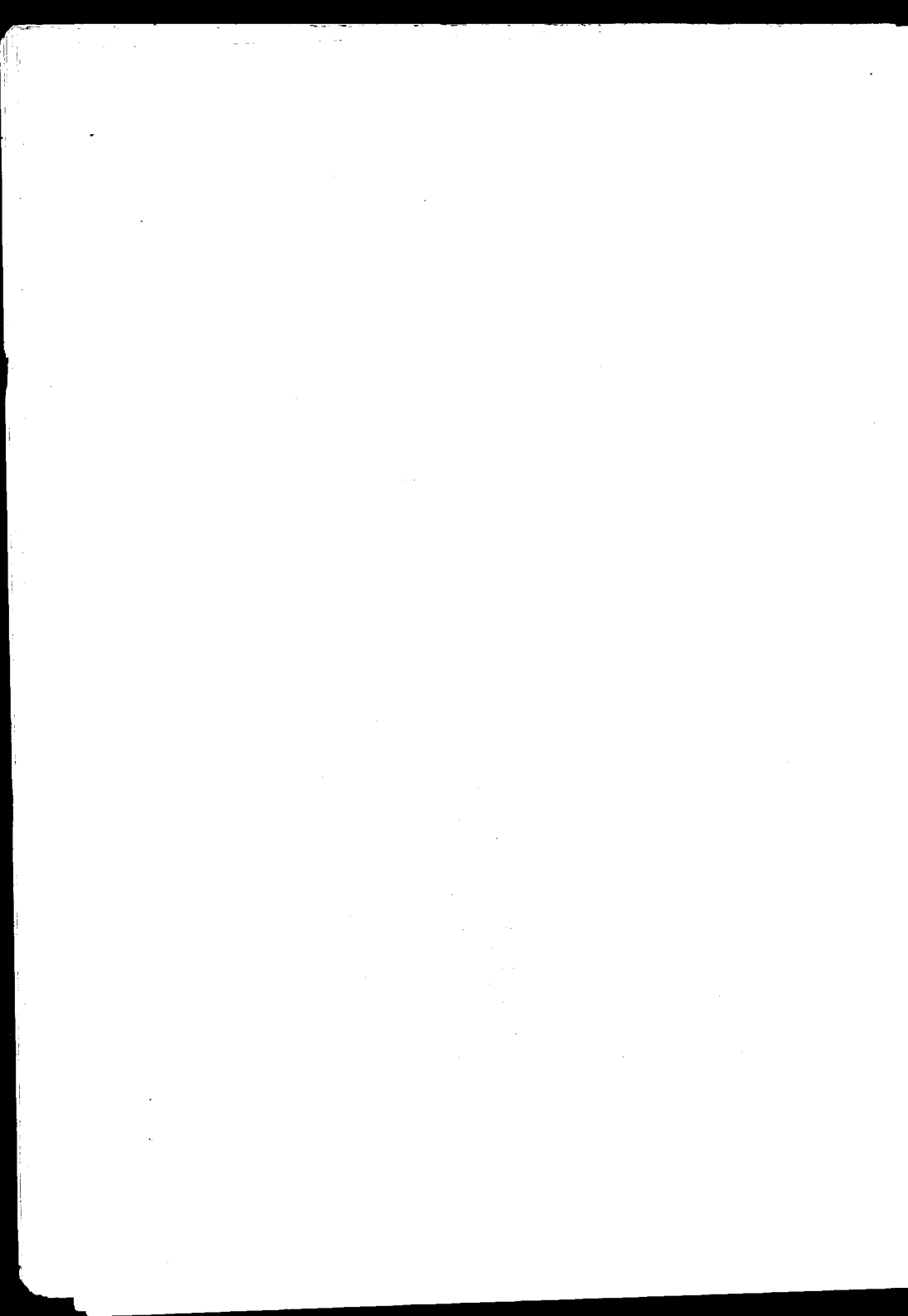
- DR. ROBERTO WERNICKE  
\* JUVENCIO Z. ARCE  
\* PEDRO N. ARATA  
\* FRANCISCO DE VEYGA  
\* ELISEO CANTON  
\* JUAN A. BOERI  
» FRANCISCO A. SICARDI



# ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	{ GREGORIO ARAOZ ALFARO
	{ DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	{ AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	{ TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	{ JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	{ DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	{ LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	{ BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	{ PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	{ JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	{ JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	{ EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	{ MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.....	{ PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	{ PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	{ DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	{ LUIS GUEMES
» Médica.....	{ LUIS AGOTE
» Médica.....	{ IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	{ ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	{ ANTONIO C. GANDOLFO
	{ MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	{ JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	{ DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	{ ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	{ SAMUEL MOLINA
» Pediatría.....	{ ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	{ DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	{ ENRIQUE BAZTERRICA

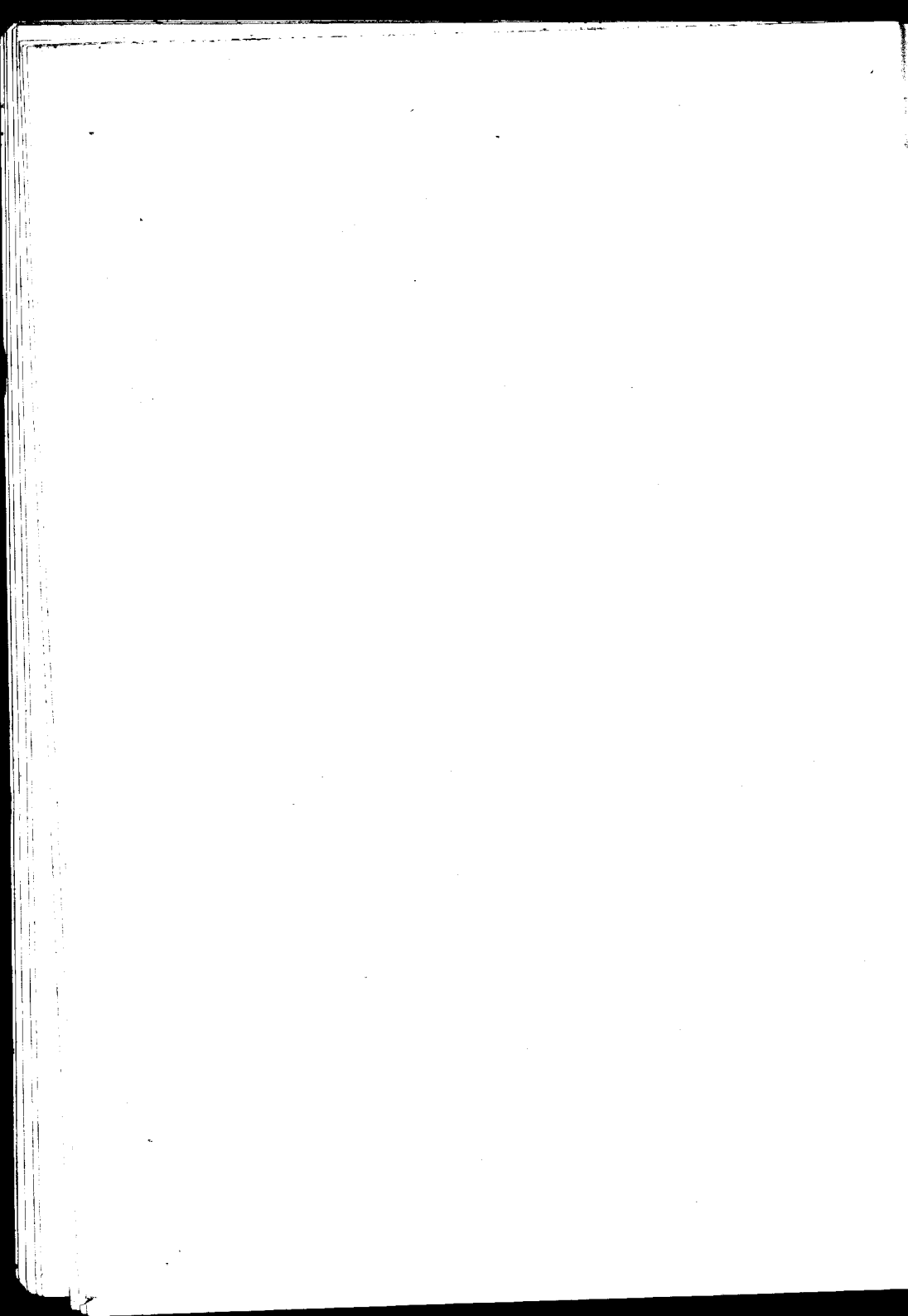




# ESCUELA DE MEDICINA

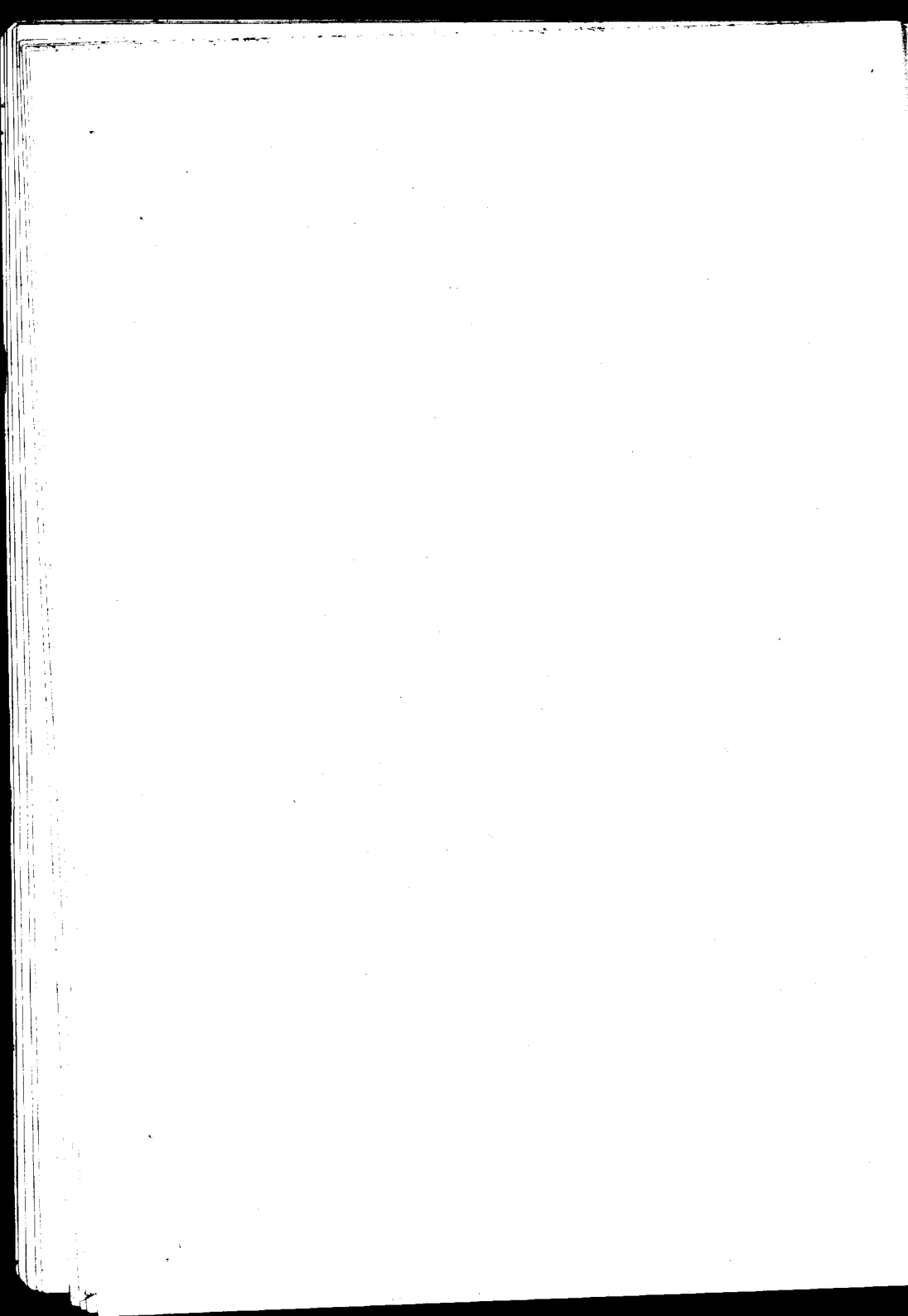
## PROFESORES EXTRAORDINARIOS

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	" JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	" JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	" LEOPOLDO URIARTE
Clinica Ginecológica.....	" JOSÉ BADIA
Clinica Médica.....	" JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Dermato-sifilográfica.....	" PATRICIO FLEMING
Clinica Neurológica.....	" MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Psiquiátrica.....	" JOSÉ R. SEMPRUN
Clinica Pediátrica.....	" MARIANO ALURRALDE
Clinica Quirúrgica.....	" BENJAMIN T. SOLARI
Patología interna.....	" ANTONIO F. PIÑERO
Clinica oto-rino-laringológica.....	" FRANCISCO LOBET
" Psiquiátrica.....	" RICARDO COLON
	" ELISEO V. SEGURA
	" JOSÉ T. BORDA



# ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	GUILLERMO SEEBER
Histología.....	JULIO G. FERN NDEZ
Anatomía Descriptiva.....	EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana.....	FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	FELIPE JUSTO
Semelología.....	MANUEL V. CARBONELL
Anat. Patológica.....	CARLOS BONORINO UDAONDO
Materia Médica y Terapéutica.....	JOAQUIN L. AMBIAS
Medicina Operatoria.....	JOSE MORENO
Patología externa.....	ENRIQUE FINOCCHIETTO
» Dermato-sifilográfica.....	CARLOS ROBERTSON
» Genito-urinaria.....	FRANCISCO P. CASTRO
Clinica Epidemiológica.....	NICOLÁS V. GRECO
Patología interna.....	PEDRO L. BALIÑA
Clinica Oftalmológica.....	BERNARDINO MARAINI
Clinica Oto-rino laringológica.....	JOAQUIN NIN POSADAS
» Quirúrgica.....	FERNANDO R. TORRES
	PEDRO LABAQUI
	LEONIDAS JORGE FACIO
	PABLO M. BARLARO
	ENRIQUE B. DEMARIA
	ADOLFO NOCETTI
	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	MARCELINO HERRERA VEGAS
	ARMANDO R. MAROTTA
	LUIS A. TAMINI
	MIGUEL SESSINI
	JOSE M. JORGE (hijo)
	JOSE ARCE
	ROBERTO SOLÉ
	PEDRO CHUTRO
	JUAN JOS. VITÓN
	PABLO MORSALINE
	RAFAEL BULLRICH
	IGNACIO IMAZ
	PEDRO ESCUDERO
	MARIANO R. CASTEX
	PEDRO J. GARCIA
	JOSE DESTEFANO
	JUAN R. GOYENA
	MANUEL A. SANTAS
	MAMERTO ACEÑA
	GENARO SISTO
	PEDRO DE ELIZALDE
	FERNANDO SCHWEIZER
	JAI ME SALVADOR
	TORBIO PICCARDO
	CARLOS R. CIRIO
	OSVALDO L. BOTTARO
	ARTURO ENRIQUEZ
	A. PERALTA RAMOS
	PAULINO J. TRONGÉ
	JUAN B. GONZALEZ
	JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	JUAN A. GABASTOU
	V. JOAQUIN GNECCO
	JAVIER BRANDAN
	ANTONIO PODESTA
Medicina legal.....	



# ESCUELA DE FARMACIA

---

## Asignaturas

Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....  
 Botánica y Mineralogía.....  
 Química inorgánica aplicada.....  
 Química orgánica aplicada.....  
 Farmacognosia y posología razonadas...  
 Física Farmacéutica.....  
 Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....  
 Técnica farmacéutica.....  
 Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....  
 Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....

## Catedráticos titulares

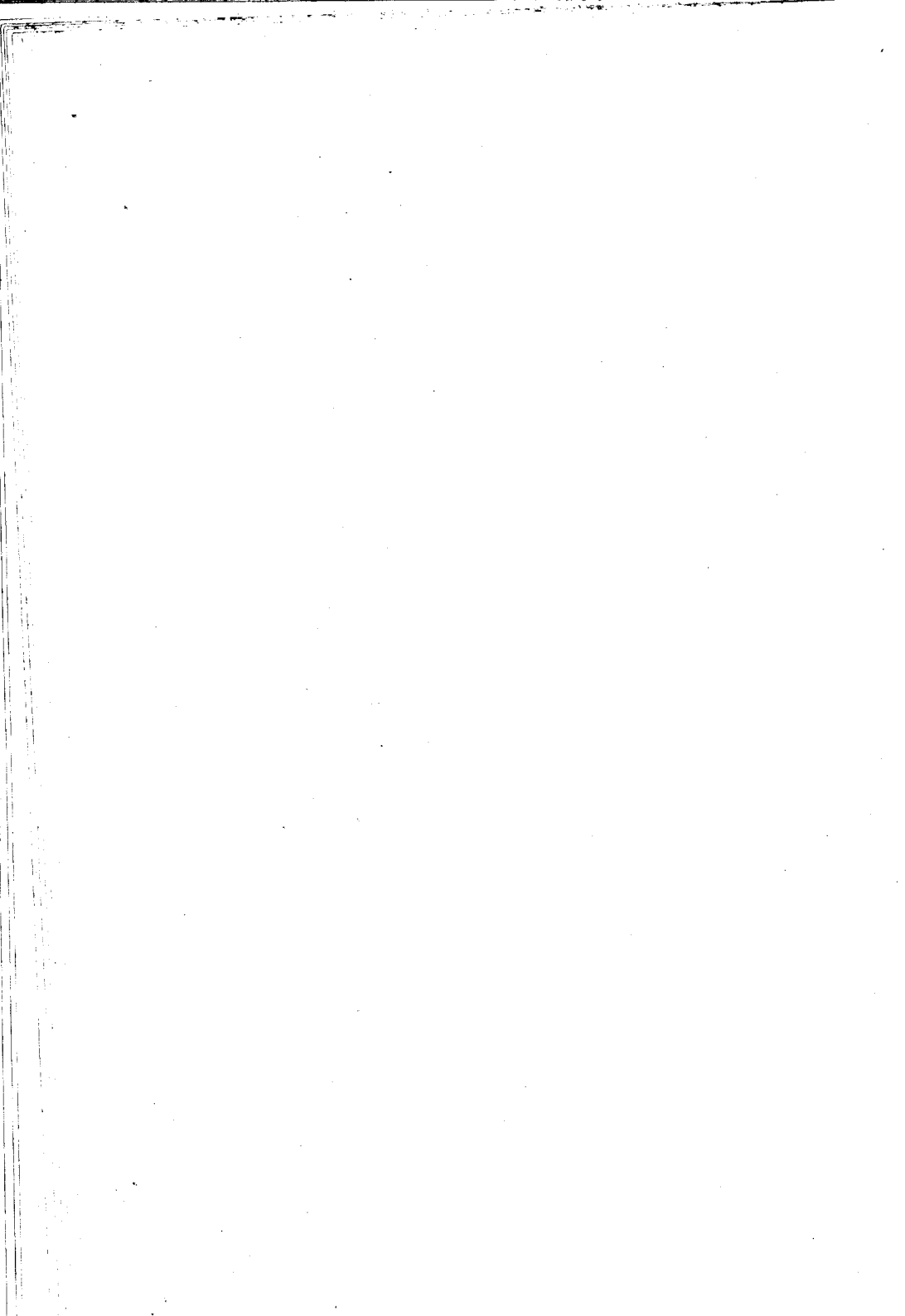
DR. ANGEL GALLARDO  
 » ADOLFO MUJICA  
 » MIGUEL PUIGGARI  
 » FRANCISCO C. BARRAZA  
 SR. JUAN A. DOMINGUEZ  
 Dr. JULIO J. GATTI  
  
 » FRANCISCO P. LAVALLE  
 » J. MANUEL IRIZAR  
  
 » FRANCISCO P. LAVALLE  
  
 » RICARDO SCHATZ

## Asignaturas

Técnica farmacéutica.....  
 Farmacognosia y posología razonadas....  
 Física farmacéutica.....  
 Química orgánica.....  
 Química analítica.....  
 Química inorgánica.....

## Catedráticos sustitutos

SR. RICARDO ROCCATAGLIATA  
 .. PASCUAL CORTI  
 .. OSCAR MIALOCK  
 DR. TOMÁS J. RUMÍ  
 SR. PEDRO J. MESIGOS  
 .. LUIS GUGLIALMELLI  
 DR. JUAN A. SANCHEZ  
 .. ANGEL SABATINI



## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

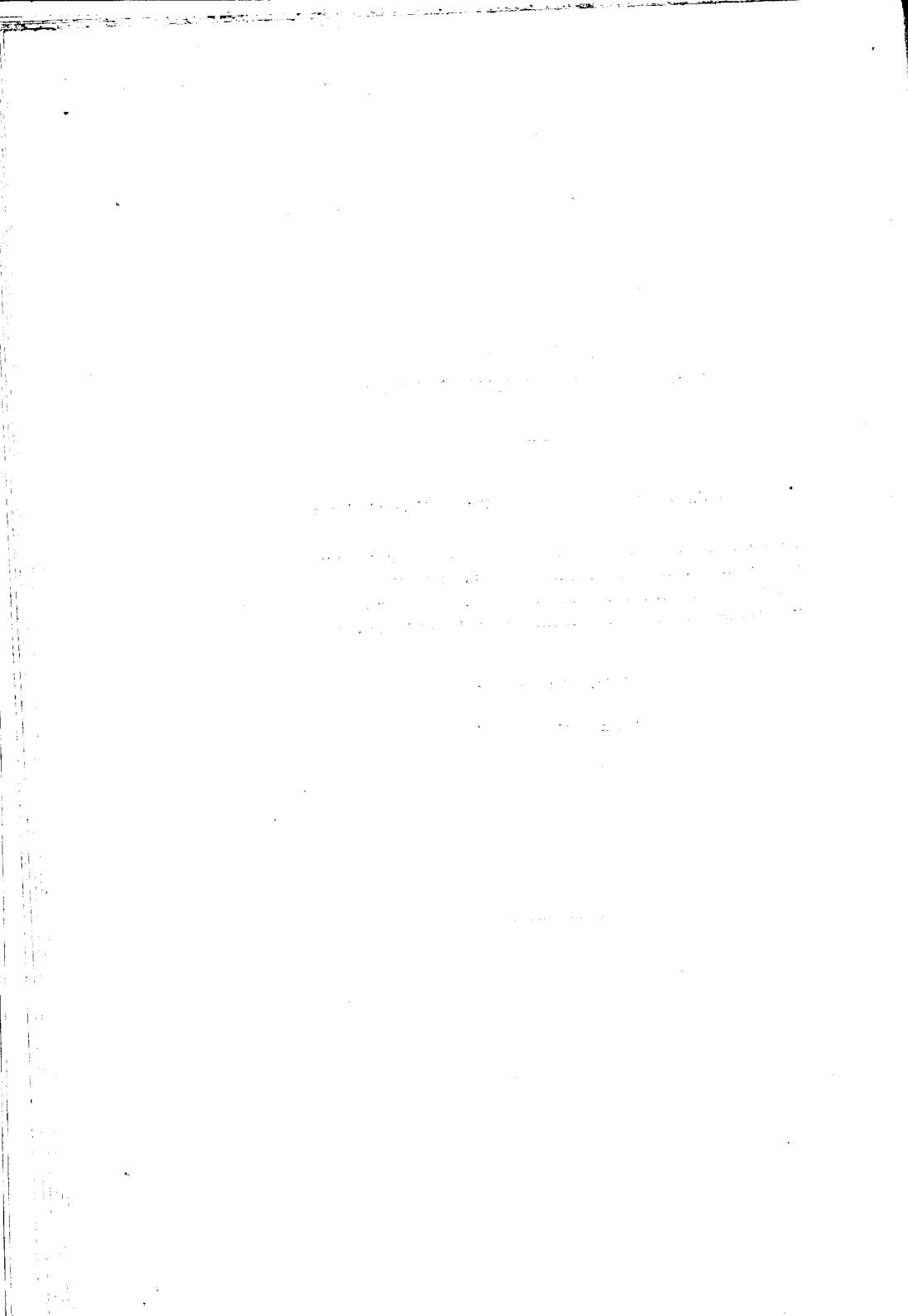
---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREIRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

### **Catedráticos suplentes**

DR. ALEJANDRO CABÁNNE

---

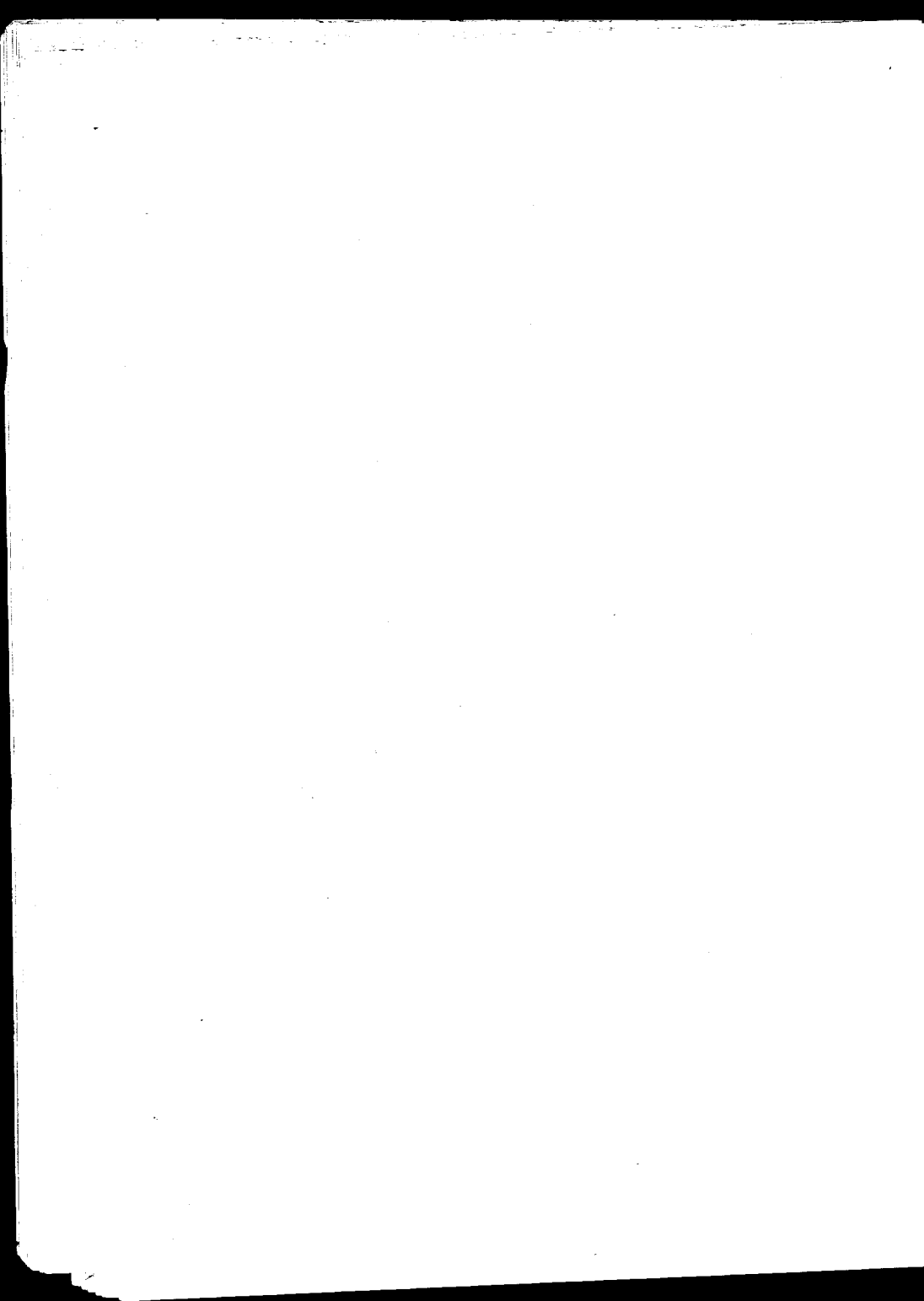


## ESCUELA DE PARTERAS

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	Vacante
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico .....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clinica obstétrica .....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura.....	Vacante

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Clinica Obstétrica.....	DR. J. C. LLAMES MASSINI (encar-
" " .....	gado del curso del 1er. año).
	" UBALDO FERNANDEZ (encar-
	gado del curso de Puericultura.



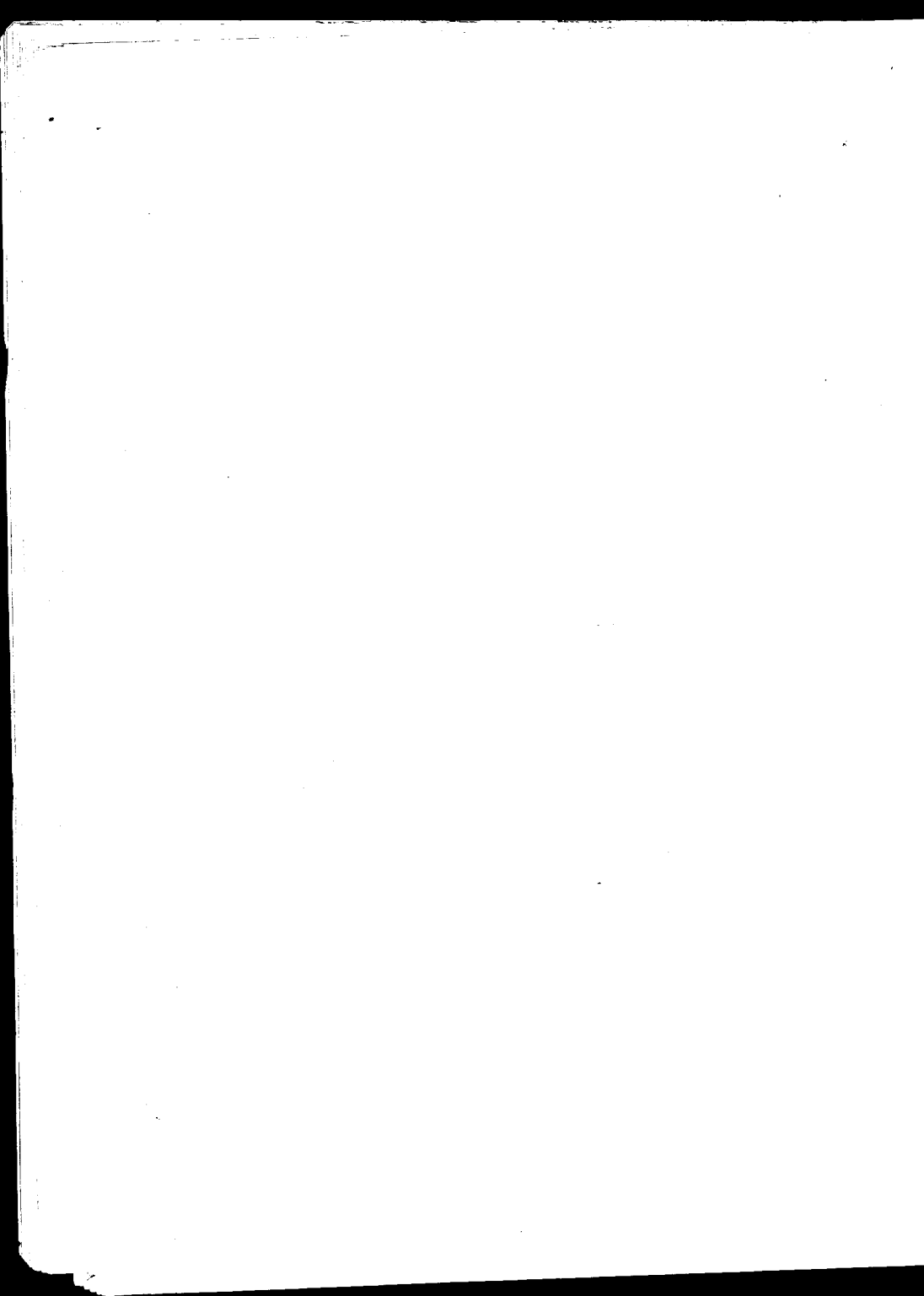
**Padrino de tesis**

**Dr. ALBERTO CHUECO**

Miembro correspondiente extranjero de la Academia Nacional de Medicina de Lima  
Miembro de la Sociedad Obstétrica y Ginecológica de Buenos Aires  
Jefe del Servicio de Cirugía Ginecológica del Hospital Juan A. Fernandez



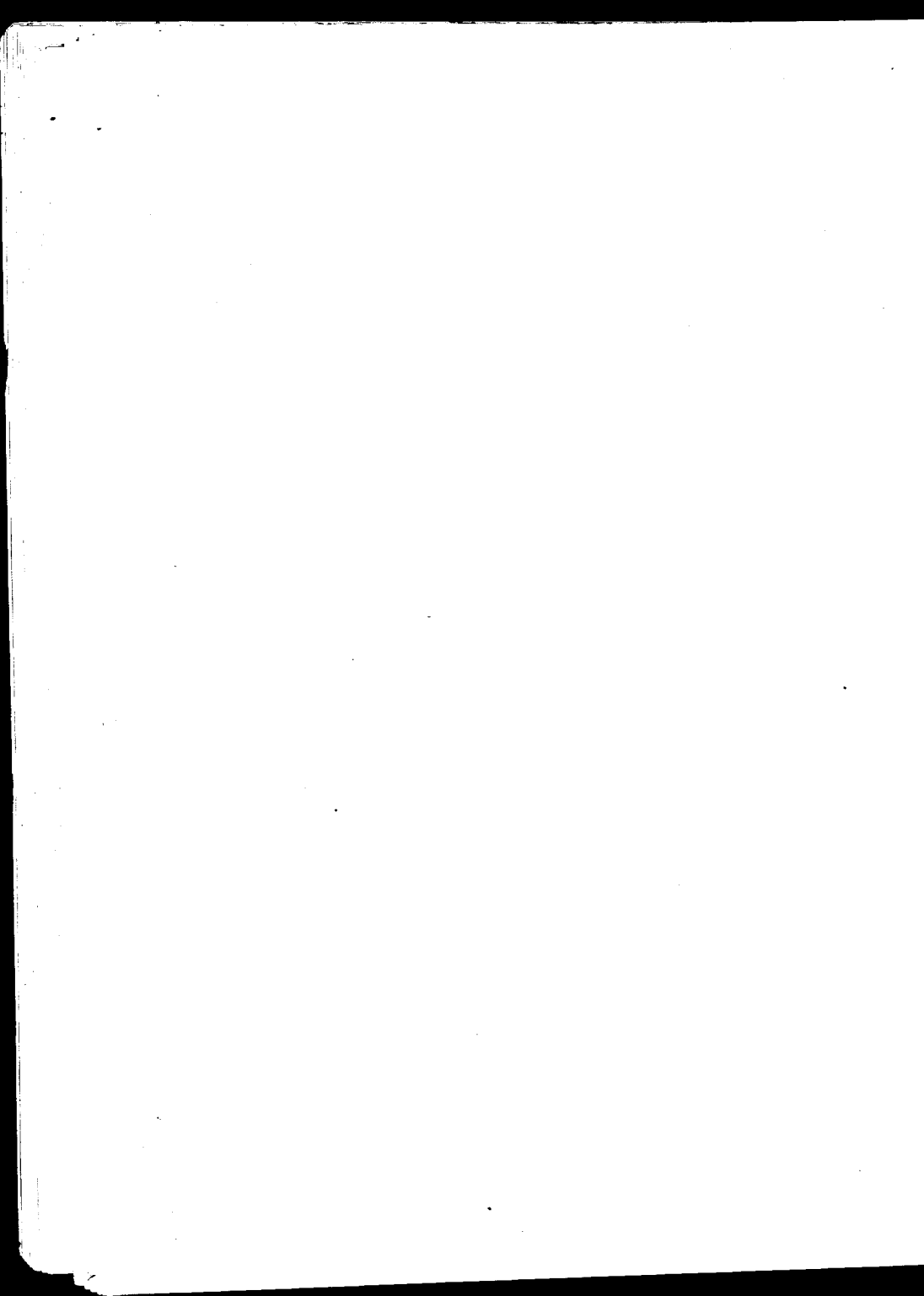
A LA MEMORIA DE MI PADRE



A MI QUERIDA MADRE

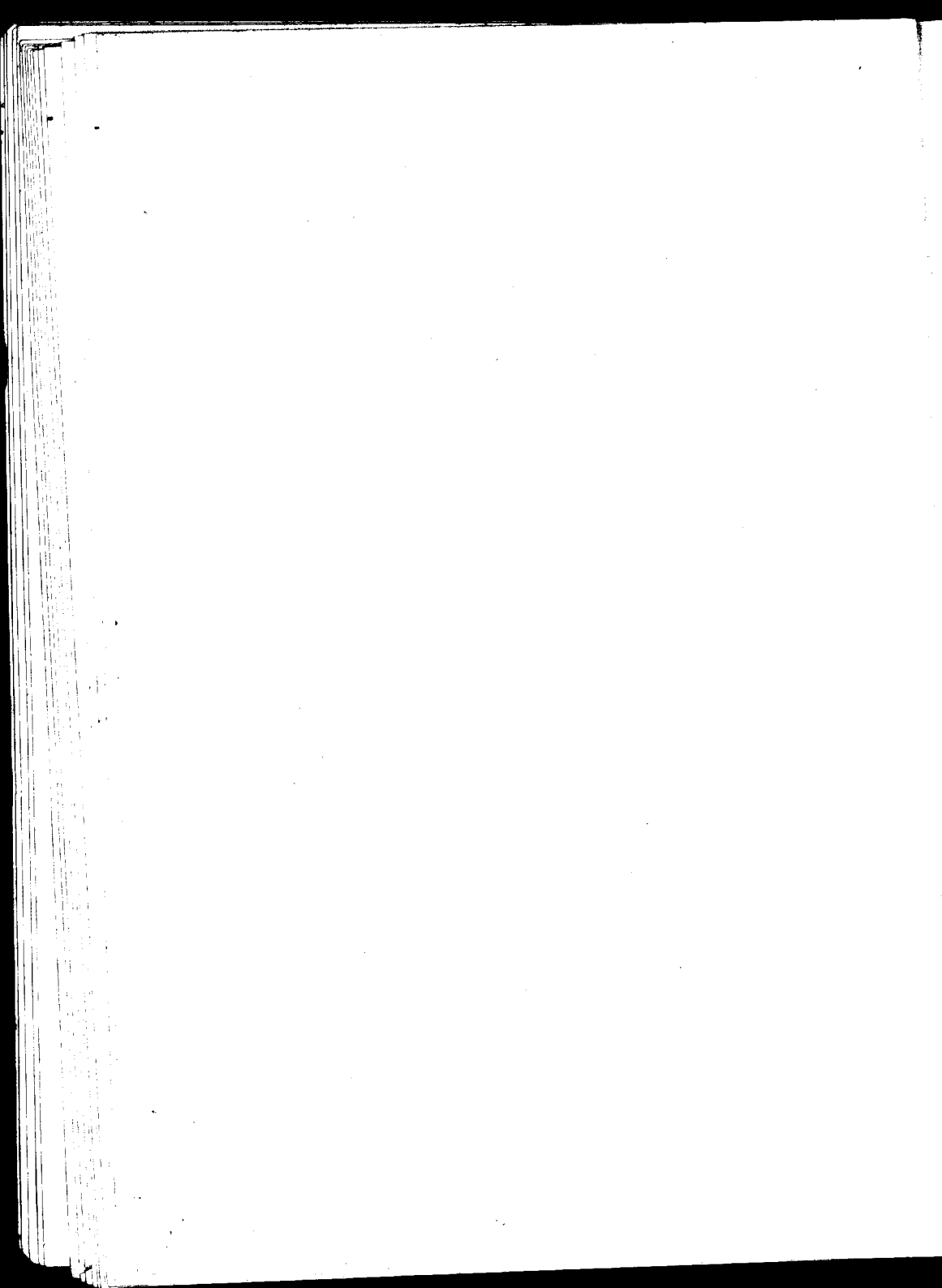


A MIS HERMANOS



A MI COMPAÑERO DE ESTUDIOS:

DR. RAUL DENIS



Señores Académicos :



Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Presento a vuestra consideración este trabajo, cumpliendo así el último requisito que me impone nuestra Facultad.

El tema que he elegido tiene por objeto tratar las *indicaciones y contraindicaciones de la cirugía ginecológica vaginal conservadora* y de paso mencionar también las que se refieren a la *simptomática y radical*.

Antes de entrar en materia, permítaseme manifestar mi agradecimiento hacia todos aquellos que fueron mis maestros en las aulas de esta Facultad por las sabias lecciones que de ellos he recibido.

Al doctor Alberto Chueco, distinguido ginecólogo, que me dispensa el honor de acompañarme en este acto, mi más profundo y sincero agradecimiento.

Mi reconocimiento a los doctores Cárlos Seminario, Julio Méndez, Juan José Vitón y Bernardino Maraini, por las múltiples atenciones y enseñanzas que de ellos he recibido.

Al doctor Bartolomé Calcagno, mi sincero agradecimiento por las enseñanzas recibidas.

Al director del Hospital Fernández y médicos internos, mi gratitud por sus atenciones.

A mis compañeros de internado, mis cariñosos recuerdos.

## CAPITULO I

### **Reseña Histórica**

Las intervenciones de la cirugía conservadora, y radical realizadas por vía vaginal, son de data muy reciente si no se tiene en cuenta las tentativas audaces realizadas antes de la era pre-antiséptica. En efecto, unas cuantas décadas después de 1870, es que los cirujanos realizan la serie de intervenciones más o menos atrevidas que marcan el primer jalón en la conquista de la cirugía ginecológica moderna. El primer procedimiento operatorio llevado a cabo en la época pre-antiséptica para la curación de procesos inflamatorios o no, peri-uterinos, o anexiales fué la punción de los fondos de saco vaginales, intervención que Lisfranc y Chaisaignac, preconizaron, pero sin poner en evidencia los buenos resultados a que podría llegarse. Para efectuar la punción de las colecciones purulentas retro-uterinas

Bernutz, se valía corrientemente de un largo trocar curvo construido por Chaissaignac, y modificado más tarde por Laroyenne, pero comprobando luego que dicha punción era un medio insuficiente, para remediar, este inconveniente, coloca gruesos drenages en el interior de las cavidades purulentas puncionadas.

Las punciones en los procesos que venimos hablando eran menos dañosas que la insición antes de la era antiséptica, pero ; establecida ésta, se comprueba la eficacia de la colpotomía al par que día a día se evidencia que es una intervención inofensiva.

Hoy podemos decir sin temor de equivocarnos que la colpotomía es la más simple y la más natural de los procedimientos quirúrgicos para la curación de las supuraciones pelvianas. Sujetándose los cirujanos de época lejana al aforismo de ubi-pús ibi-evacua ; es que recurrían a efectuar la colpotomía para evacuar las colecciones purulentas vaginales que bombeaban en el fondo de saco vaginal. Puede considerarse pues, la punción y otras contadas intervenciones quirúrgicas, como las únicas efectuadas por la cirugía ginecológica en la pasada época.

Iniciada la era antiséptica se aplica la colpotomía para la extirpación de los procesos purulentos de las trompas prácticas que se sigue, hasta que Lawson-Tait, descubriendo que la mayoría de las colecciones purulentas se encontraban encerradas en las trompas,

demuestra que el camino preferido a seguir para la extirpación de éstas, es la laparotomía. Este consejo dado por el hábil cirujano inglés fué seguido por la mayoría de los operadores, quedando por lo tanto limitada la colpotomía a las colecciones purulentas de gran prominencia en el fondo de saco vaginal posterior; como vemos ésta fué relegada a segundo término y casi abandonada; hasta que pasados unos cuantos años, su práctica fué nuevamente empleada, correspondiendo en Francia al profesor Laroyenne de Lyon, el mérito de recordar lo olvidado dando a conocer su verdadera importancia al mismo tiempo que las indicaciones a realizar por vía baja, no tan sólo para las colecciones purulentas que hacían relieve, sino también para aquellas que se hallaban muy arriba, como las salpingianas.

La reconquista del valor de los procedimientos operatorios a realizar por vía baja se ha producido lentamente. Los resultados obtenidos por Laroyenne fueron expuestos en la tesis de Blanc en 1887, encontrando en Gouilloud y en Bouilly decididos partidarios que en 1890, presentaron una serie de comunicaciones a la Sociedad de Cirugía de París, en las que preconizaban la práctica operatoria a realizar por vía baja. Más tarde otros trabajos y tesis y entre éstas la de Morelli, publicada en la misma época hacían una historia completa y deta-

llada de la abertura de las colecciones anexas por vía vaginal.

La escuela Alemana y Norte Americana que acogieron con marcada simpatía las indicaciones prescriptas de la Colpotomía, introdujeron modificaciones en su técnica y aumentaron el límite de las dolencias en que debía aconsejarse su aplicación.

La primera intervención de la cirugía de los anexos del útero se realizó por colpotomía, siendo la castración ovárica la que figura entre las primeras operaciones realizadas por colpotomía posterior, siendo Battey el primero que la efectuó en 1872. No obstante el buen resultado obtenido, los cirujanos de aquella época dieron la preferencia a la laparotomía. Once años más tarde debido a los éxicos de Pean, que señala la importancia de la vía baja para la extirpación de los pequeños tumores del ovario y del útero comunicados a la Academia de Medicina de París el 3 de Julio de 1883, obtiene la colpotomía su nueva rehabilitación.

En los primeros tiempos la colpotomía posterior era la única conocida; pero más tarde merced a los trabajos científicos del profesor Dührssen a quien debemos la indicación de la extirpación de los anexos, efectuada por el fondo de saco vaginal, anterior, se suceden una serie de innovaciones a los procedimientos operatorios, contándose entre ellos

la de Mackenrodt, cuyo fin era la ampliación de la brecha de la colpotomía anterior; y de la invención de todo un arsenal instrumental apropiado a objeto de simplificar el manual operatorio, debiéndose citar entre los más distinguidos innovadores a Segond y Doyen entre los franceses; Dürrssen Czerny, Martín y tantos otros en Alemania; Ott en Rusia, Wertheim en Austria.

En el Congreso de cirugía celebrado en Berlín en 1894, pudo ponerse en evidencia los progresos alcanzados por los procedimientos operatorios a realizar por colpotomía; en ese congreso, Doyen, representando la cirugía francesa, declaraba: «Toda lesión pelviana uterina o peri-uterina, debe ser abordada de preferencia por la vía vaginal, ni el volumen excesivo de los tumores y la extensión de las adherencias no implican una contraindicación formal. En los casos límites, el cirujano deberá dejarse guiar únicamente por su experiencia, eligiendo, sea la vía vaginal o la laparotomía según que en una u otra vía se encuentre más seguro».

A este mismo eminente cirujano cuya habilidad y preparación nadie discute, debemos igualmente citar esta declaración en el mencionado congreso: «La colpotomía posterior es la operación exploradora por excelencia de la cavidad pelviana».

Lo manifestado en las anteriores líneas atañe tan sólo, como podrá verse, a la colpotomía anterior o posterior; en lo que se refiere a intervenciones llevadas, a objeto de efectuar cirugía radical o conservadora del útero y sus anexos, la breve reseña histórica que le sigue evidenciará a quienes debemos el progreso que en el campo de la cirugía vaginal se ha obtenido.

Datan de mucho tiempo las primeras tentativas hechas con el fin de tratar las retrodesviaciones uterinas fijando éste órgano a la vagina.

En 1830, Amussat ya buscaba por medio de la cauterización ignea, obtener este resultado. Más tarde en 1868, Richelot, (padre), propuso una operación más perfecta, que consistía en fijar el cuello a la pared posterior de la vagina.

Nicoletis de París a consecuencia de varias experiencias hechas sobre el cadáver, propuso e hizo en 1887 una operación que consistía en modificar las inserciones vaginales del cuello.

Von Rabeneau fué el primero que tuvo la idea en 1886 de abrir el fondo de saco anterior para ir a buscar el útero y fijarlo a la pared abdominal, Red y Follet, por la misma vía hacen sobre la cara anterior del útero, una cúneo-histerectomía análoga a la de Thiriar y Jonnesco.

En 1888 Schucking y Schwartz, practicaron la vagino-fijación en un gran número de casos pero sin grandes resultados.

Langer llendo por la vía vaginal y después de una colpoceliotomía anterior, atrae el útero de manera de suturar con hilos de plata, su fondo a las paredes de la vagina. Este autor aconseja que la sutura de la herida, debe hacerse en sentido longitudinal para obtener así un alargamiento de su pared anterior.

Toda una serie de procedimientos de técnica más o menos variada se suceden debiéndose citar entre éstos; los de Gottchlk, Pryor, Freund, Zweifel, Keberle, Terrier, etc., que paso por alto para ocuparme de los procedimientos más modernos que son los que más se practican hoy día contándose entre éstos; el de Doyen, que llendo por la vía vaginal coloca sobre la cara anterior del útero una serie de puntos de sutura de manera de producir un acortamiento de ésta cara.

Jonnesco sigue la misma técnica de Doyen pero con la diferencia que él saca una cuña de la cara anterior del útero y luego por medio de varios puntos de sutura adosa los bordes de la herida consiguiendo de ésta manera producir un acortamiento de ésta cara.

Entre las vaginofijaciones más modernas deben citarse los procedimientos de Mackenrodt, que fija la cara anterior del útero a la pared de la vagina con puntos oblicuos después de disecar dos colgajos en el fondo de saco vaginal anterior.

El de Dührssen que fija por tres puntos de catgut, el fondo del útero a la pared vaginal menos su mucosa.

El de le Dentu y Pichevin después de incindir el fondo de saco vaginal anterior por la brecha abierta atraen el útero adosando su cara anterior a la herida vaginal que cierran con puntos transversales.

Por último tenemos los procedimientos que actúan sobre los medios de sostén del útero principalmente los ligamentos redondos, para corregir las desviaciones citándose entre otros el de Dartigue que después de incindir el fondo de saco vaginal anterior se exterioriza el útero y a un centímetro de la inserción del ligamento redondo se pasa un hilo con el objeto de unir un ligamento de un lado con el del otro por detrás del útero.

La realización de la histerectomía vaginal total por cáncer es atribuída a Cruce en 1560, en 1783, Machall y Langenbeck la practicaban por prolapso uterino y más tarde aún en 1822 Santer, Blum-dell 1828 y Recamier en 1829, introducen toda una serie de innovaciones en su manual operatorio, de-

biéndose mencionarse entre las más importantes del último autor citado que efectúa la ligadura preventiva de los ligamentos anchos y por último Kieter que en 1848, en los casos de metrorragias graves extirpa úteros y anexos, salvando de esta manera sus enfermas.

Las observaciones descritas no son sino tentativas aisladas, en las que la mayoría de las enfermas sucumben; por lo tanto debido al porcentaje enorme de mortalidad la histerectomía vaginal fué abandonada, y aparece como verdadera operación reglada después de los trabajos iniciados por Czerny, y proseguidos en Alemania; en efecto en 1879 presenta su primera serie de intervenciones que se realizan mediante la ligadura previa de los ligamentos anchos. Simplificaron luego el manual operatorio Billroth, Shroeder, Martín, Woelyler, Mickulicz, Teuffel, Kocher, Müller, Hailden, que cooperaron a que el porcentaje elevado de mortalidad como hace un momento hemos dicho, decreciera, debido al empleo de pinzas hemostáticas que actuaban de una manera eficaz sobre las arterias útero ovaricas porcentaje de mortalidad que desciende paulatinamente hasta llegar a la época actual en que podemos exclamar con Doyen, que la pérdida de una operada por histerectomía vaginal es un hecho excepcional.

La historia del manual operatorio de la histerectomía vaginal es diferente según se trate de una u otra lesión; pero tienen un principio de común en lo que se refiere a la hemostasia. Según Doyen el primero que dejó durante horas pinzas hemostáticas en los ligamentos anchos fué Spencer Wells en 1882. Pean en 1885 combina la ligadura a la forcipresura y presenta varias comunicaciones al Congreso de Berlín en 1890 y algo más tarde combina la ligadura a la sutura de la vagina con hilos metálicos. En 1886 Richelot, manifiesta en la Academia de Medicina de París, ser partidario de dejar las pinzas hemostáticas de su fabricación, procedimiento que aceptan la mayoría de sus colegas.

Debido a la mala construcción de esas pinzas que no poseían como las actuales, la flexibilidad, la resistencia y la presión ejercida por la cremayera que son innovaciones de data reciente no obtuvieron sino fracasos. En 1897 practica la ligadura de los ligamentos anchos por medio de una pinza a presión progresiva de la que es su inventor.

Donde pueden evidenciarse los éxitos francos de la cirugía baja son en las diversas variedades que pueden presentarse los fibromas uterinos.

La polipectomía es decir la extirpación de los pólipos úterinos es difícil precisar quien fué el primero que la realizó; pero sí podemos adelantar que

ésta en una primera época se efectuaba en dos tiempos ; la primera, la medicamentosa, la que tenía por exclusivo propósito de facilitar la expulsión de la neoplacia de la cavidad úterina, es decir, la de producir el aborto del pólipo mediante la administración de sustancias ocitósicas y la segunda parte, la verdadera operatoria que tenía por objeto la extirpación del tumor limitándose en una primera tentativa a seccionar el pedículo acarreado hemorragias tan terribles que se apelaba como único medio para cohibirla a taponamientos enérgicos.

Más tarde para evitar el accidente grave que hemos hecho mención Boyer, preconiza la ligadura elástica lenta del pedículo procedimiento aunque rudimentario aporta beneficios que dada su eficacia cuando se le compara al método primitivo es bien pronto imitado por todos los demás cirujanos obteniendo así la cirugía un gran progreso. Schwartz, muchos años más tarde aplica éste procedimiento en las enfermas caquéticas, en las que la intervención radical puede acarrear accidentes graves.

El procedimiento en dos tiempos que hablamos anteriormente lo vemos publicado en la Revista de Obstetricia y Ginecología del mes de Diciembre de 1886, llevando por título : « Pólipos intra-uterinos, extirpados en dos tiempos ».

En la práctica éste método es alterado en el orden, pues el primer tiempo es el operatorio y con el termo-cauterio se incinde el cuello úterino con el objeto de obtener la dilatación del orificio de este órgano, para luego administrar los medicamentos que contrayendo el útero expulsarán la neoplasia.

Luego se suceden toda una serie de procedimientos operatorios conservadores, basados en el instrumental empleado a fin de extirpar y cohibir la hemorragia del pedículo del pólipo, instrumental curioso que figura hoy día en las colecciones históricas.

El polipótomo, la pinza Nelaton, el triturador lineal, el constrictor o cierra nudos de Gallard, y por último como instrumento más moderno el ansa del galvano cauterio; cierra el ciclo de los procedimientos operatorios, la ligadura que Phocas en su obra «Estudios de Ginecología operatoria», preconiza en época ya reciente.

Todos estos procedimientos descriptos se utilizaban solamente para los pólipos de pequeño volumen, debiendo recurrirse a operaciones más complicadas que exigían no sólo el desbridamiento del cuello úterino, sino también el de la vulva y aún el del periné, para los de gran tamaño dado que su extirpación en masa era materialmente imposible.

Con el objeto de suprimir estos dos últimos desbridamientos, se modifica la técnica operatoria haciéndola más simple y más racional, al mismo tiempo que con el « morcelement » y trituración preconizados por Velpeau, se obtiene un nuevo avance. Luego a partir de él se suceden toda una serie de prácticas operatorias tendientes todas a la eliminación de esas grandes neoplasias por despedazamiento « morcelement ».

Pero debemos mencionar como un procedimiento caído en el olvido la extirpación de estas grandes neoplasias mediante la aplicación de pinzas forceps como ser las de Levret, la pinza forceps dé diente de Joennel y otra análoga creada por Martín. Las pinzas dentadas de Pean, Nelaton, Richelot, el tirabuzón de Segond, Doyen, Delagueniere, simplifican en grado sumo la técnica del morcelement, debiendo agregarse que el cilindro dentado de Segond y el tubo cortante de Doyen han sido los instrumentos de data más reciente creados para efectuar metódicamente el acto operatorio a que nos referimos.

En el caso en que el pólipo es cavitario la técnica operatoria a seguir es más moderna, pertenece al último siglo de la terapéutica quirúrgica ginecológica y en ella encontramos a los ya nombrados maestros la de un número de innovadores como

Fritsch, Küstner, Klob, Papoff, Wocoth, Sängcr, Prochownich, autores rusos y alemanes que tanto han contribuido a la simplificación de los procedimientos operatorios realizados por vía vaginal.

Entre las intervenciones efectuadas sobre el útero para la extirpación de los fibromas sub-mucosos, o intersticiales, cuéntase la mioméctomia vaginal, atribuída a Amussat, en 1840 perfeccionada por Pean en 1883 y más tarde por el ilustre maestro Segond 1900, que le asigna el nombre de enucleación con o sin *morcelement* por hysterectomía uni o bicomisural. El verdadero creador de ella fué Velpeau y fuera de Francia los Norte Americanos fueron los primeros que realizaron idénticas intervenciones, en efecto en 1845, Atlee de Filadelfia da a conocer en sus primeras comunicaciones en el American Journal of Medicine, los resultados obtenidos. Luego se suceden los trabajos de Baker Brown en 1862; Dunkan en 1876; West, en 1870; Marion Sims, en 1874, autores todos yanquis que la practican y la defienden. Pero donde tiene verdaderos partidarios la hysterectomía para la curación de los fibromas intersticiales, es en Alemania donde en breve lapso de tiempo se difunde su práctica. Langenbeck y Kirrisch, la dan a conocer y conquistan numerosos partidarios convencidos, citándose entre ellos a Brown, en 1874, Martín, 1876, Hegar, Kaltenbach,

Mickulicz, y en épocas más recientes Schroeder, Guserow, Chrobak, Ascher, Leopold y tantos otros. Debemos igualmente citar a los rusos Krassonoski, Swiecicki, que dan a conocer ambos en estadísticas numerosas los resultados obtenidos.

Merced a la simplificación de la técnica operatoria se ha podido extirpar neoplasias de localización no muy alta dentro de la cavidad uterina, sin tener necesidad de recurrir a abrir la serosa peritoneal; haciendo solamente la histerectomía mediana anterior o posterior según que se desprenda uno u otro de los fondos de saco vaginales e incindiendo luego la pared uterina según donde esté localizado el tumor.

En 1885 Beckel, de Strassburgo da a conocer su técnica operatoria siguiendo el procedimiento que hemos transcripto en el párrafo anterior en la Gaceta Médica; más tarde Doyen 1892, preconiza la hemisección en V y en Y de la pared úterina, obteniéndose con esta modificación una simplificación de la técnica operatoria. Procedimientos operatorios análogos son presentados simultáneamente en diferentes comunicaciones, debiéndose citar entre estas: la de Veit a la Sociedad Obstétrica de Berlín; Martín, con la suya en 1895 al Congreso de Viena, y Mackenroth que en 1896, preconiza con entusiasmo la histerectomía mediana posterior.

Llegamos por último a las miomectomías, trans-vaginales con el objeto de extirpar fibromas sub-serosos peritoneales diseminados en la superficie externa del útero y aún intraligamentosos, por la brecha abierta de una colpotomía anterior, posterior, lateral o circular.

Según Pozzi, es a Lyosis en 1878 a quien debe atribuirse el haber hecho las primeras extirpaciones por colpotomía ; pero es evidente por la documentación existente que es Czerny en 1881 el que hace su primera publicación sobre la materia y el que preconiza ardientemente la vía trans-vaginal sea anterior o posterior como vía ya de exploración o de extirpación de las neoplasias que venimos tratando. Los cirujanos franceses Pean, Segond, Bouilly Richelot, Larøyenne, Gouilloud, Døyen, inspirados en este trabajo dan a la colpotomía el valor que le corresponde en la cirugía ginecológica ; apreciándose aún más los resultados obtenidos y múltiples publicaciones presentadas en Alemania por Sãnger, Zweifel, Mackenrodt, Dührssen, Döderlein, Martín, Olshausen las ventajas de esta vía.

A medida que la práctica se hace mayor las innovaciones se suceden debiendo citar a Herbecourt, que aconseja la colpotomía posterior que da una brecha mayor ampliando el campo operatorio y a Stratz que prefiere las colpotomías laterales que permiten

abordar por la base de los ligamentos anchos tumores accesibles por esta vía efectuando así operaciones extraperitoneales.

En esta reseña histórica de la evolución que han experimentado los diversos procedimientos de la técnica a seguir por vía baja, voy a citar aunque sea a título de curiosidad desde que en la práctica han sido abandonados los procedimientos de extirpación de los fibromas por vía perineal, cabe decir desdoblado el tabique recto vaginal, práctica que desde largo tiempo atrás se usaba para la evacuación de las colecciones pelvianas. La idea primitiva parece pertenecer a Hegar, Säger, Zuckerkandl, que practican la operación y la perfeccionan.

Czerny, realiza la enucleación trans-perineotómica de los fibromas uterinos y Lefort presenta a la Sociedad de Cirugía de París en 1888 su procedimiento operatorio siguiendo la vía perineal.

La historia sucinta que hemos hecho de los procedimientos operatorios sintomáticos, en primer término, radical y luego conservador a realizar por vía vaginal sólo se refiere a lo que se ha efectuado en Francia, Alemania, Rusia y Norte América, países en los que se han acogido los innovadores. A la escuela francesa le corresponde el papel de creadora, de la mayoría de los procedimientos que hemos citado; mientras que las otras reformaron o bien

ampliaron las técnicas operatorias propuestas ; lo dicho se refiere a la cirugía sintomática y radical, puesto que en el terreno de la cirugía conservadora a efectuar por vía vaginal ocupa el primer plano hoy día los ginecólogos Alemanes y Rusos.

En los demás países de la Europa en los que aún no se han palpado los beneficios de los nuevos procedimientos confiamos que cuando éstos sean de práctica corriente no han de tardar en dar los resultados que lógicamente es de esperar.

En lo que a nuestro país, respecta ; el doctor Chueco, en uno de sus trabajos sobre la vía vaginal manifiesta : « La cirugía ginecológica Argentina, siguiendo la corriente que los progresos imprimen día a día, hora a hora, en el campo de nuestra especialidad no ha podido, no ha debido quedar indiferente frente al movimiento que se opera en pro de los procedimientos operatorios realizados por vía baja ; era menester ensayarla y tenemos entre nosotros, de una manera definitiva, radical, la vía tan injusta tan acerbamente condenada ».

Nuestros maestros han efectuado la vía vaginal sintomática y radical ; pero en cuanto a los procedimientos de la vía vaginal conservadora, su implantación entre nosotros no como hecho aislado, sino como hecho definitivo le corresponde la pri-

micia al profesor Enrique Zárate, quien secundado por el doctor Chueco, efectuaron las primeras series de intervenciones que más tarde dieron a conocer el segundo de los citados facultativos sus resultados, en diversas publicaciones cuya originalidad han sido reconocidas en nuestro ambiente.

No hace mucho tiempo en una sesión científica el profesor Zárate se expresaba diciendo : « He oído amenudo a nuestros viejos y respetables maestros cuando hemos tocado este punto repetir : « La vía vaginal yo también la he practicado hace mucho y concluí por abandonarla ». Y es porque confunden ; hay vía vaginal sintomática diremos así, cuando se hace una punción del abseso que bombea en el fondo de saco vaginal por colpotomía. Hay vía vaginal radical, cuando se hace una histerectomía por fibroma o por cáncer del cuello o del cuerpo y en esto tienen razón ; porque todos los cirujanos que nos han precedido en edad la han practicado ».

« Pero la vía vaginal conservadora según el concepto moderno, es la adaptación de todos los métodos utilizados por vía abdominal, ya sea para extraer tumores de los ovarios o de las trompas, fibromas sub-serosos, corrección de desviaciones úterinas, etc., y en este sentido es una vía nueva no utilizada entre nosotros hasta hace muy poco. Y es por ese descono-

cimiento de su moderna acepción que generalmente se opina emitiendo juicios que no debieran darse sino por los que tienen experiencia al respecto y que desgraciadamente son muy pocos.

## CAPITULO II

### **Indicaciones de la vía vaginal**

Iniciaré este estudio por las indicaciones de las lesiones más amplias tales como los hematoceles que por medio de una simple insición efectuada en el fondo de saco vaginal posterior se evacúa la colección y se drena, para ir luego avanzando en orden creciente a medida que las dificultades aumentan tratando las desviaciones uterinas, extirpación de fibromas, cáncer, etc., por lo que respecta al útero y quistes del ovario, embarazo extrauterinos cirugía conservadora de los anexos para llegar por último a las lesiones inflamatorias más completas como ser los pio-salpinx, donde las múltiples adherencias que presentan ocasionan serias dificultades que requieren para ser vencidas habilidad y destreza por parte del cirujano.

## HEMATOCELES

En los hematoceles enquistados que después de varias semanas de tratamiento médico que necesitan para entrar en regresión notamos que su tamaño no ha disminuído y que por el contrario está estacionario originando por la compresión que produce trastornos en la micción y en la defecación y exponiéndose a la supuración con todos sus peligros la intervención está indicada.

La vía a seguir en estos casos se ha discutido mucho ; pero, declarada la supuración todos los ginecólogos están de acuerdo en que la vía de elección es la vaginal.

Picque, en la discusión de la Sociedad de Cirugía de París en 1896, rechaza por completo la histerectomía vaginal considerándola como un abuso y se declara partidario de la vía vaginal. Routier laparotomista hasta 1888 se inclina por la colpotomía en 1896, reconociéndola como procedimiento de elección. Manifiesta con Gusserow de Berlín, que a más de ser más simple y menos peligrosa para la enferma permite un drenage más perfecto. Rechaza en absoluto la histerectomía en los casos que existe supuración y entre 126 casos de su práctica personal no menciona sinó 24 entre los cuales tres veces

encontró un feto de 18, de 12 y de 15 centímetros. En estos 24 casos no tuvo un sólo resultado fatal solamente en un caso tuvo una fuerte hemorragia a consecuencia de una insición un poco grande; hemorragia que fué cohibida por un fuerte taponamiento.

Schwartz y Segond, se expresan en el mismo sentido no admitiendo el último de los nombrados otro procedimiento aún en presencia de un feto: hecha la colpotomía, se saca solamente los coágulos, sin acordarse para nada de la placenta que deja en su lugar y cuya eliminación aséptica espera. Trata de la misma manera los hematocoles recientes sujetos a nuevas «pousses» sucesivas de hemorragias. Declarada la supuración, M. Segond completa la operación por la histerectomía que a su manera de ver, debe efectuarse siempre, toda vez que exista pus en la pequeña pelvis. Bouilly vino a apoyar con su autoridad a los oradores mencionados, recordó numerosas observaciones personales y declaró que varias de sus operadas, vistas muchos años después, no presentaban perturbaciones de ningún género. Tuffier se pronunció en el mismo sentido. Reynier, Terrier y Chaput se declararon partidarios de la vía abdominal en los hematocoles no supurados, basándose en que, por la laparotomía se pueden explorar y extirpar los anexos, que

según ellos, están siempre enfermos en estos casos, así como la bolsa del hematocele y en fin, porque con esta manera de intervenir, impiden toda posibilidad de hemorragia posterior.

En 1830, Blundele, citado por Lawson Tait y más tarde Bernutz, habían preconizado este tratamiento; pero era especialmente en el período inicial a fin de cohibir la hemorragia que amenazaba la vida de las pacientes. Nélaton partidario en un principio de la colpotomía, debido al desconocimiento de las reglas de la antisepsia desiste en vista de los malos resultados que obtenía y se declara partidario de la vía abdominal.

*Ventajas de la colpotomía* — La facilidad de su ejecución, el menor traumatismo y la eficacia de sus resultados, son pruebas suficientes que hablan en su favor.

*Objeciones* — Los partidarios de la vía abdominal fundan sus objeciones en: a) la falta de luz con que es necesario operar, permitiendo que ciertas lesiones de los anexos pasen desapercibidas. b) en la dificultad que existe para realizar la hemostasia en casos de hemorragias. c) en las heridas del recto que pueden producirse. d) en la posible infección del saco y el riesgo de abrir un peritoneo sano sobre una vagina infectada.

En cuanto a las objeciones *a* y *b*, Bouilly, Routier, Segond y Cestan, contestan: «que en general está probado que las trompas no están enfermas en casos de hematoceles por embarazos tubarios, que la incisión vaginal permite explorar los anexos y extirparlos en caso de lesiones graves; que en caso de hemorragias a repetición, el curetaje de la cavidad, la expresión de la trompa y por si acaso un buen taponamiento bastan para cohibirla». El hecho es natural, si se admite que en su mayor parte las hemorragias a repetición son producidas por un aborto tubario incompleto; una vez la trompa libre de coágulos y de los restos de huevo que ocasionan el derrame, ésta cesará. La objeción *c* es rara y en caso de producirse, termina por la curación espontánea en varios días. La última objeción no tiene razón de ser en la época actual en que la antisepsia es hecha tan ruidosamente. Se le reprocha también de dar lugar a fístulas y de recidivar muy a menudo pero Faure y Syrcday dicen: «Las curaciones absolutas y definitivas es la regla y las recidivas y fístulas que se han notado son debidas casi siempre a que la incisión del fondo de saco ha sido empleada en casos en que esta vía estaba contraindicada». Como prueba de la eficacia de este método operatorio aplicado al tratamiento quirúrgico, reproducimos las

estadísticas de Thevenard que en 53 casos operados por Bouilly, Segond, Tuffier y Routier, se han obtenido 53 curaciones.

La gravedad de la operación es muy insignificante, como lo demuestra la estadística de Goullioud, que sobre 130 casos no ha observado más que dos muertes y la de Routier, que sobre 17 casos, cuenta también dos muertes.

#### RETRODESVIACIONES DEL ÚTERO

Todos los procedimientos que existen para enderezar el útero por la vía abdominal se pueden igualmente efectuar por la vía vaginal, haciendo excepción al procedimiento de Alquié-Alexandre (acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos) y otros análogos, ya de autores extranjeros o nacionales, contándose entre estos últimos los procedimientos operatorios de los doctores Zárate y Caballero. Unos actúan sobre la pared misma del útero y los otros sobre sus medios de sostén especialmente en los ligamentos redondos.

Entre los primeros tenemos las vajinofijaciones que tienen por objeto unir la pared anterior del útero a la vagina.

Una serie de inconvenientes presentan estos métodos, según los hechos que menciona Pacqui, y que se ponen de manifiesto durante el embarazo y el parto. Tomando en consideración las observaciones de Strassman, Groeff, Wertem y Rùhe, uno llega a notar las conclusiones siguientes: trastornos durante la preñez, desarrollo anormal del útero, pudiendo producir presentaciones viciosas, observándose especialmente en casi todos los casos presentaciones de hombro, trastornos en la micción.

En el momento del parto se presentan una serie de inconvenientes, como ser: lentitud del trabajo causado por una rigidez cicatricial especial del cuello, impidiendo que la dilatación se produzca y ocasionando a veces roturas uterinas. Existen según estos autores, a continuación de las vajinofijaciones casos frecuentes de abortos. Grave pronóstico para la madre y el niño.

Como en las vajinofijaciones efectuadas muy arriba sobre la pared anterior del útero, traen trastornos en el embarazo y en cambio las efectuadas muy abajo están expuestas a recidivas, sumado a los inconvenientes anteriormente descriptos, se ha tratado de evitar esto, recurriendo a los procedimientos que tienen por objeto acortar la pared anterior del útero, que en estos casos de retrodesviaciones, es más larga que la posterior. Existen dos

procedimientos: uno el de Doyen, que hace un «surget» circular en la parte media de la cara anterior del útero, el que, al apretarlo forma una saliencia y acorta por lo tanto esta pared; el otro, el de Jonnesco, que se saca una cuña y luego se suturan los bordes, los que al acercarse acortan también la pared anterior. He descrito ligeramente estos dos procedimientos, porque son los que se efectúan casi siempre en el servicio de ginecología del doctor Chueco y son los que nos han dado mayor número de éxitos.

En este servicio, en los casos de útero demasiado grandes y muy congestionados, en los que se teme una recidiva, se asocia a uno de los procedimientos anteriormente descritos, el acortamiento de los ligamentos redondos por detrás del útero, uniendo de esta manera el ligamento redondo de un lado con el de el otro, haciendo al mismo tiempo un pasaje de el hilo por la pared posterior del útero, quedando en estas condiciones más fijo.

Efectuado este procedimiento, el útero queda como recostado, si así podemos decir, sobre la cuerda tensa que le forman la unión de los dos ligamentos redondos.

Con la unión de estos dos métodos quirúrgicos, se evita el peligro de la recidiva y se mantiene

el útero en una posición semejante a la normal, al par que son dos procedimientos fáciles que no tienen ningún inconveniente y sí muchas ventajas sobre los demás.

Antes de hablar de las ventajas voy a indicar en que casos se debe efectuar el enderezamiento del útero por la vía vaginal.

Decidido el tratamiento operatorio, se debe tratar por la vía vaginal, las retroversiones movibles con anexos sanos, las retroflexiones también movibles. En cuanto a las desviaciones adherentes que son las que mayor número de trastornos ocasionan, también debe intervenir por esta vía. Hay que tener en cuenta la edad para tratar las indicaciones, pues según Löhlein, debe rechazarse todo tratamiento en las vírgenes y en cuanto a las enfermas de edad avanzada, hay que hacer una distinción entre las retroflexiones que aparecen en la menopausa por la transformación senil, que no necesitan tratamiento y en las que todavía perdura el estado crítico, en las cuales el tratamiento está indicado, porque a pesar de estar en la menopausa, el útero no disminuye de volumen y de los órganos crónicamente inflamados, grandes, congestionados, provienen perturbaciones de toda especie. En estos casos, el tratamiento operatorio efectuado por vía vaginal beneficia mucho a estas enfermas.

*Ventajas de la vía vaginal* — Ante todo los procedimientos de Doyen, Jonnesco y el de acortamiento de los ligamentos redondos (Dartigue), efectuados por vía vaginal presentan una serie de ventajas en lo que se refiere al embarazo y al parto sobre los de vajinofijación (Dührssen, Mackenrodt). Como estos procedimientos permiten el libre ascenso de la pared anterior del útero; no hay desigualdad en el desenvolvimiento de éste y por lo tanto se suprimen las presentaciones viciosas y los partos distócicos. Se le ha objetado al procedimiento de acortamiento de los ligamentos redondos que la pronta reabsorción del catgut traería la separación de los ligamentos y la recidiva se establecería; pero este inconveniente queda subsanado fácilmente usando seda en vez de catgut. Nosotros hemos visto enfermas tratadas por este procedimiento en servicio del doctor Chueco, al cabo de un año, las cuales tenían su útero en perfecta posición con esta doble ventaja que algunas de ellas se han embarazado y han tenido su parto perfectamente normal, como podrá observarse en una de las historias clínicas que presento, figurando en la lista de las intervenidas, tres casos en que después del tratamiento las enfermas se embarazaron, siendo la gestación y el parto normal.

## CIRUGIA CONSERVADORA DE LOS ANEXOS DEL UTERO

Hay ciertas alteraciones de los ovarios que dejan partes sanas de este órgano permitiendo entonces hacer cirugía conservadora y evitar de esta manera la serie de trastornos tanto genitales como generales que ocasionaría la extirpación de este órgano.

En las ovaritis escleroquísticas existiendo partes sanas, siempre que las trompas sean permeables sin trazas de inflamación y capaces por consecuencia de librar pasaje al óvulo y al espermatozoide, hay interés en conservar estos ovarios después de haber practicado sobre ellos operaciones (resección parcial, ignipuntura), destinadas a modificar su tejido y a detener al menos por un tiempo la marcha de la enfermedad.

En estas condiciones, en efecto el ovario continúa llenando sus funciones y estando la trompa sana, el embarazo es muy probable; luego entonces es deber de cirujano respetar la fecundidad de la mujer.

La vía a elegir en estos casos, es la vaginal, pues tratándose de operaciones tan sencillas es más

propio ir por las vías naturales que no exponen a ningún peligro y la curación es más pronta.

Dührssen, Martín, Bumm, son partidarios de intervenir por la vía vaginal en estos casos, siendo para ellos la vía de elección, siempre que el volumen no sea muy grande y no existan muchas adherencias. Pozzi es partidario de la vía abdominal y sólo cuando el quiste es pequeño, movable y caiga sobre uno de los fondos de saco, recurre a la vía vaginal.

Según Pozzi, las operaciones conservadoras sobre el ovario están indicadas en : las ovaritis escleromicroquísticas ; ovaritis difusas o edematosas ; y en las ovaritis megalocísticas a quiste folicular o a quiste de cuerpo amarillo relativamente grande (una nuez o un huevo).

En el servicio del doctor Chueco, del que recojo estas observaciones, siempre se recurre a la vía vaginal para efectuar las operaciones conservadoras, efectuando en las ovaritis escleroquísticas, en las cuales el ovario presenta pequeñas saliencias transparentes o negruzcas, debidas a pequeños quistes serosos o hemáticos, cauterizaciones con el termocauterio, con el objeto de destruir el revestimiento interno e impedir su reproducción.

En las ovaritis difusas o edematosas en que

el ovario está aumentado de volumen, duplicado, triplicado, de superficie lisa, se efectúa resecciones parciales, conservando las partes sanas; lo mismo que en las ovaritis megalocísticas a grueso quiste folicular en que puede hallarse el ovario relativamente sano y que no ofrece alteraciones generales de la degeneración esclerocística.

Se le objeta a la vía baja que el hecho de atraer el órgano hacia afuera para ser examinado o incindido, lo sacaría de su posición primitiva, cosa que es incierta, pues enfermas examinadas años después de haber sido operadas sobre los ovarios, no se ha encontrado ni desviaciones ni prolapso de este órgano. Además la misma crítica se podría hacer a la vía abdominal, en la que es necesario atraer los ovarios hacia la línea media para proceder a su punción o extirpación.

En lo que se refiere a la cirugía conservadora de las trompas, dos son las intervenciones que se han realizado en el servicio en que he actuado: la primera se refiere al cateterismo de ellas a objeto de comprobar su permeabilidad y la segunda a la extirpación parcial de una zona del órgano afectada de una lesión no inflamatoria, por lo general, derrames sanguíneos e hidrosalpinx, tratados estos últimos por la punción con eficacia.

## FIBROMAS

Para la extirpación de los fibromas del útero por vía vaginal, con conservación del órgano, o con la ablación de éste, dividiremos las indicaciones en locales y generales. Entre las primeras hay que tener en cuenta la localización de la neoplasia, el número y el tamaño. Referente a la localización, ella se aplica a las neoplasias de situación sub-mucosa, pediculadas primero y después intersticiales, dando la preferencia a las que se localicen en el fondo y pared posterior del útero.

En cuanto al número, se ha efectuado la poli-enucleación sin ningún inconveniente, contándose entre los cirujanos que la han efectuado a Scgond y Doloris, y respecto al tamaño se han extirpado tumores de 1.200 gramos de peso y más.

Los úteros aumentados de volumen, de superficie lisa y de una sola pieza, indicando que están recubiertos por una cáscara aisladora, son factibles de esta vía y sobre todo cuando los datos recogidos por un examen ginecológico nos revela que los anexos están sanos.

Entre las causas generales, la que hay que tener más en cuenta para poder realizar la cirugía vaginal conservadora, es la edad de las enfermas,

no debiendo ésta exceder de 40 años. Entre las enfermas que obtienen mayor número de beneficios de la vía baja, se encuentran las grandes anémicas, en las que las continuas hemorragias a que están sujetas, las lleva a un estado de delgadez y debilidad extremas, aún a veces hasta la caquexia; en tales enfermas sería peligroso practicar una laparotomía cuyas consecuencias podrían ser funestas.

La histerectomía vaginal, por el contrario, bien conducida y rápidamente practicada tendrá le ventaja de ofrecer el mínimum de peligros de muerte inminentes y por lo tanto quedará como operación de elección.

El profesor Dartigue, referente a la extirpación conservadora dice: «La histerectomía cervicovaginal uni o bilateral para enucleación con o sin despedazamiento, está indicada cualquiera que sea su volumen (hasta 1.200 gramos), pero con la condición expresa, primero que el block útero-fibroso tenga una regularidad aproximativa, según la cual pueda deducirse la probabilidad de un fibroma solitario y en todos los casos en que existan pocos núcleos satélites; segundo, que la masa útero-fibrosa sea asaz movable y tercero, que los anexos estén indemnes».

Por lo que se refiere a la intervención radical, las indicaciones son más extensas; porque ya

no se quiere que la neoplasia sea uniforme, única, adherente, o nó, a los órganos vecinos, que haya o nó infección o procesos degenerativos o que los anexos estén enfermos.

En cuanto al volumen, el maestro Segond, después de haber efectuado gran número de operaciones vaginales por úteros fibromatosos de gran tamaño y haber obtenido excelentes resultados, da como límite máximo la altura del nivel del ombligo.

El profesor Pozzi en su tratado de Ginecología del año 1890, interviene en los úteros cuyo tamaño no excede de un puño; y en el Congreso de Cirugía de París de 1893, dice: «que merced al perfeccionamiento de la técnica de la histerectomía vaginal, se había permitido extraer con facilidad, casi sin daño, la mayoría de los cuerpos fibrosos pelvianos para los cuales la histerectomía abdominal presentaba una gravedad real».

El doctor Chueco en su servicio de Ginecología ha intervenido en tumores de igual tamaño, con resultados óptimos. En la tesis reciente del doctor Fidel Alsina, muestra diez casos intervenidos, en la que se puede apreciar la conducta observada y los buenos resultados obtenidos.

Otras de las causas generales que hay que tener en cuenta para hacer una intervención radical

y que efectuadas por la vía vaginal ofrecen gran número de ventajas ; es el estado del aparato cardior-vascular y el de los pulmones. Así, ciertas enfisematosas que tienen movimientos respiratorios penosos o bien asmáticas.

En todas estas enfermas es necesario en la medida de lo posible evitar el shock operatorio que les podría ser perjudicial. Por muy rápido que un operador practique una laparotomía, éste shock existe ; la simple exposición de las ansas intestinales con el aire exterior, es el punto de partida de un reflejo que repercute sobre el corazón ; si éste está en estado de insuficiencia funcional, se podrían observar accidentes graves. Por otra parte, en estas enfermas es muy frecuente observar un ligero grado de obesidad ; sus paredes abdominales son flácidas y espesadas por un panículo adiposo más o menos abundante, poco propicio para que la cicatrización de la pared se haga por primera intención. Además, es muy natural suponer que esta adiposidad debe de tener otras localizaciones sobre las vísceras, siendo el corazón en particular ; consiguiendo por esta causa debilitarlo aún más.

En fin, haremos notar que a duración igual, es más peligrosa una larga anestesia cuando ella es hecha para una operación abdominal que cuando ella es practicada para una operación vaginal.

Por lo tanto, para efectuar esta operación debe darse la preferencia a la histerectomía vaginal que evita el peligro al shock, desde que en ningún momento de la intervención, las vísceras están expuestas al exterior.

Los peligros que se le atribuyen a la histerectomía vaginal, tales como las hemorragias tanto primitivas como secundarias, difíciles de cohibir, existen también en la enucleación abdominal o sea la histerectomía por vía alta, expuesta con mayor facilidad a este accidente.

La abertura de la cavidad uterina en el curso de una intervención conservadora por vía vaginal, es fácilmente dominable, en cambio efectuada en el momento de una operación por vía alta, implica abrir una puerta de entrada a la infección, sin poder tener la certeza de dominarla con eficacia.

La comunicación que existe entre la vagina y la gran cavidad peritoneal, a través de la abertura de la serosa peritoneal, disminuye con la histerectomía y con el amplio drenaje.

Por otro lado, tenemos la solidez de la cicatriz uterina que es necesario tenerla en cuenta para los posibles embarazos posteriores y la recidiva que aunque común a ambos procedimientos operatorios por insuficiencia de la enucleación, es según manifiesta Segond mínima para la vía vaginal.

En los casos que quiera respetarse en absoluto el himen debe ser preferida la operación conservadora por vía abdominal.

Referente a las intervenciones conservadoras manifiesta Segond que : la histerectomía cervico-vaginal no sólo debe ser considerada como intervención de propósito conservador, sino que también debe tenerse en cuenta por la benignidad de su pronóstico.

En cuanto a la cirugía radical se refiere, las estadísticas recién publicadas al par que prueban la benignidad de la histerectomía vaginal, ponen en evidencia la superioridad de ésta vía sobre la otra. Las primeras estadísticas de Pean nos dan en 300 casos intervenidos el 2 % de mortalidad ; hoy podemos opinar con Doyen que un deceso operatorio debe ser considerado como un hecho excepcional en la cirugía vaginal.

#### EMBARAZO ECTOPICO

Trataré este tema teniendo en cuenta ciertos factores como ser : época del embarazo, las complicaciones que se pueden presentar, estado del feto, etc., pues las indicaciones, difieren sobre la vía a elegir según se trate de uno u otro caso.

Así, respecto a la época del embarazo, se deben intervenir por la vía vaginal según Segond, todos los casos en que la gestación ectópica se acompaña de lesiones evidentes de los anexos del otro lado o cuando existe un neoplasma úterino, fibroma o cáncer. Si sucediera el caso de confundir un embarazo por una salpingitis quística, la vía vaginal sería igualmente justificable.

Son factibles también de esta vía los embarazos ectópicos a evolución normal, siempre que la gestación no pase del 3 mes como opina Segond.

Los embarazos intersticiales que se encuentran dentro de los 3 meses o que se encuentran dentro de un cuerno úterino rudimentario deben intervenir por la vía baja ; pero como la hemostacia es difícil hay que hacer la extirpación total del útero.

Como la complicación más habitual de un embarazo extrauterino es la ruptura tubaria produciendo ya sea el hematocele, o la inundación peritoneal debiendo esta última ser intervenida por vía alta pues la ligadura del vaso es más fácil y el primero habiendo sido tratado cuando hablé de los hematoceles, paso por alto todo lo que se refiera a la manera de proceder frente a una de estas complicaciones.

En resumen se deben intervenir por la vía baja todo embarazo extrauterino hasta el tercer mes.

Cuando el embarazo es de más de cinco meses y evoluciona normalmente, el tratamiento es diferente según que encontremos el niño vivo o muerto.

Decidida la intervención, se debe ir por la vía vaginal, cuando se trata de un niño muerto y que la inserción de la placenta es tal, que imposibilita su extracción por la laparatomía. Para esto se practica en el fondo de saco posterior, allí donde bombea el quiste fetal y en un punto donde se ha constatado la ausencia de latido arterial, una insición transversal que se agranda con los dedos. La colpotomía posterior practicada en estos casos, tiene la ventaja de agregar a su simplicidad en la ejecución la de tener la mayor probabilidad de no producir hemorragia que es el peligro que existe para algunos autores cuando se interviene muy pronto y no han dado el tiempo suficiente para que la circulación interplacentaria haya disminuído.

Por lo que se refiere a la practica personal de lo que he podido observar en el servicio del Doctor Chueco, se infiere : Que la vía de elección en las gestaciones ectópicas que no sobrepasan el tercer mes, es la vía vaginal, debiendo intervenirse tambien por esta vía cuando se produce el cataclismo de la ruptura tubaria siempre que se encuentre dentro de la época anteriormente determinada y que se trate de gestación tubaria únicamente ; es decir,

que no se acompañe de proceso anexial o úterino de forma inflamatoria.

En las gestaciones ovaríacas con o sin ruptura que no sobrepasen el límite fijado se han intervenido oportunamente en el servicio con el resultado altamente favorable que se especifica en las historias clínicas que acompañan como corroboración a este trabajo.

El Doctor Chucco, ha intervenido en gestaciones tubarias rotas en enfermas que habían sido sometidas anteriormente a una intervención quirúrgica por vía vaginal por pio-salpinx. Como puede observarse en la historia clínica no hubo obstáculo alguno para la realización de la intervención. La operación anterior fué efectuada un año atrás.

#### QUISTES DEL OVARIO

Los quistes que vamos a considerar en esta descripción son tan sólo los que tienen un desarrollo de cierto volumen es decir, los mucoides y los dermoides dejando de lado los pequeños quistes que son una manifestación de regresión y los quistes de contenido hemático que se desarrollan por derrames en los sacos de De Graaf.

Las indicaciones de la ovariectomía vaginal está sometida a la situación, volúmen, naturaleza, contenido y movilidad del tumor.

Respecto a la situación, la condición esencial fué en un tiempo que fuera pelviano, hoy la mayor parte de estos quistes se les puede descender hasta hacerlos abordables, pues ya sabemos que la situación que puede ocupar el quiste es sumamente variable.

Si bien es cierto que los quistes ya sean dermoideos o mucoides, se implantan sobre el mismo ovario y siendo pequeños no modifican en nada la situación de éste que es pelviano, en cambio cuando adquieren un cierto grado de desarrollo modifican de una manera notable sus relaciones, sin contar naturalmente la situación variable que presenta el ovario en estado normal que hace sea un punto en discusión de la anatomía topográfica.

No es raro encontrar quistes que abandonan su lugar en la escavación pelviana para contraer relaciones con órganos situados lejos de él, como: el estómago, el hígado, etc.

Para la fácil extirpación del quiste por vía vaginal hay que tener en cuenta la longitud del pedículo, que corto y grueso unas veces es en otras ocasiones delgado y largo, facilitando su extirpación vaginal; sin embargo si se tratara de pedículo corto

o aún quistes sin él, debido a la elasticidad de los órganos en que estuviera en conexión se podrían extirpar con toda eficacia.

Hay una variedad de quistes que ocupan habitualmente el fondo de la pelvis, contra la cual están aprisionados y cuyo desarrollo explicado por Faure y Siredey se hace por debajo del ligamento ancho.

La longitud del pedículo es a veces tan extensa que permite al quiste estar absolutamente libre en la cavidad abdominal y ocupar las posiciones más variables. La teoría del pedículo hecho muy frecuente, habla en favor de la longitud del mismo.

Por lo tanto en cuestión de localización se requiere para que la extirpación por vía baja se haga en las mejores condiciones, no es que el pedículo sea largo o corto, sino que el quiste ocupa la escavación pelviana ya sea por la ley de la gravedad o bien porque durante el acto operatorio sea factible de hacerle descender.

La naturaleza del contenido del quiste líquido o (dermoideo) con partes semilíquidas o sólidas, no modifican en nada la conducta seguida en la indicación de la vía a intervenir, en efecto ningún quiste dermoideo con contenido óseo ha dejado de ser operado con éxito por vía vaginal, prueba de ello son las publicaciones existentes de mi ex jefe

el Doctor Chueco, aún llevada la intervención en circunstancias especiales, como durante el parto. (1).

Los quistes que en su constitución entraran partes sólidas como lo declaró M. E. Wertheim (Congreso de San Petersburgo 1910), que pueden originar dificultades para su extirpación por vía vaginal, se debe preferir la vía abdominal.

En lo que se refiere a la naturaleza del quiste, es decir, la malignidad y benignidad del tumor la vía a elegir varía según se trate de la una o de la otra. Por lo general los quistes del ovario son benignos. Paso por alto las diversas influencias que actúan sobre los quistes para hacerlos malignos lo mismo que la generalización de éstos a los órganos vecinos ya sea por circunstancias accidentales o por siembra para ocuparme solamente de los casos en que la vía vaginal está indicada.

Así, los tumores benignos son abordables por la vía baja.

Incluyendo en esta categoría los quistes hidáticos; en cambio los que revisten carácter cancerosos, epitelial o sarcomatoso deben reservarse para la vía alta.

---

1) Distosia por quiste dermoideo previo, extirpado por vía vaginal en colaboración con los doctores José Badia y B. Cálcano. —La Semana Médica, núm. 38. —1913.

La opinión del profesor Martín, dice : « que en los casos de neoplasia maligna la laparotomía es de rigor », y Wertheim cree « que la generalización maligna del tumor es una contraindicación a la vía vaginal ». En estos casos la vía alta es preferible y superior a la vía vaginal, por que permite observar y estudiar en su generalización, ramificaciones del tumor con los órganos vecinos, al par que el tratamiento es más eficaz, pues las extensas y gran cantidad de adherencias que existen en ésta variedad de tumores malignos, dificultarían la realización por vía baja.

En el servicio del Doctor Chueco, fué intervenida por el Doctor Calcagno una enferma portadora de quiste papilíferos malignos multiloculares de ambos ovarios ; la caquexia y la ascitis habían atacado a la enferma y la intervención realizada por vía vaginal, pudo extirpar todas las neoplasias sin dificultad alguna cesando los síntomas de compresión que esas neoplasias por su excesivo volumen acarreaban, la ascitis encontró un drenaje en la colpotomía realizada ; el acto operatorio breve no produjo shock alguno. Pero la vía en tal caso a seguir debió ser la abdominal pues nos permitía al par que apreciar la extensión del mal, extirparlo con mayor facilidad, para impedir la generalización ;

pensando como Wertheim que es la conducta a seguir en tales casos.

En cuanto a los quistes dermoideos de contenido heterogéneo que lo diferencia de los mucoideos que están constituidos por una bolsa más o menos variable y una cierta cantidad de líquido, su extirpación por la vía vaginal se puede efectuar con todo éxito. Martín declara : « que si bien los quistes justifican mejor la laparatomía pueden sin embargo, ser extirpados con éxito por la vía vaginal ». El doctor Malbrán, (1) en su tesis, cita el caso de una enferma portadora de un quiste dermoideo, localizado en el fondo de saco de Douglas, que ocasionaba una distocia y que fué intervenido por vía vaginal con todo éxito, en el servicio de ginecología del doctor Chucco.

El tamaño de los quistes del ovario puede estar sugeto a grandes variantes, pero la extirpación de quistes voluminosos como hace algunos años se efectuaban, han dejado de llevarse a cabo, y hoy con los progresos de la cirugía moderna la extirpación precoz, es el método de elección.

Para Wertheim, el volúmen del quiste es indiferente con tal que sea movable y M. A. Markowsky

---

(1) R. S. Malbrán.—La ovariectomía vaginal en los Quistes de Ovario.—1914.

opina que, habiéndose eliminado quistes de 20 a 40 litros por vía vaginal, no deben existir contraindicaciones; y efectivamente tiene que ser así, porque en los quistes de volúmen considerable por medio de una simple punción se evacúa el contenido que facilita entonces merced al achicamiento que sufre éste ser sacado por la insición de la colpotomía y efectuar la ablación del saco sin mayores dificultades; este hecho se repite con frecuencia en el servicio de ginecología donde he actuado. Las tracciones efectuadas sobre el ovario al querer descender el saco no le perjudican mayormente y en caso de afectarlo lo mismo ocurre cuando se efectúa la operación por vía abdominal.

El contenido del quiste y sobre todo su consistencia es otro punto que debe ser tratado, pues tratándose de quistes voluminosos no es lo mismo que éste sea mucoideo o dermoideo; porque en el primer caso como el contenido es líquido no existirá ningún obstáculo para que su ablación se haga con toda facilidad; mientras en el segundo que su contenido se compone de pelos, dientes, uñas y hasta fetos, etc., las dificultades para evacuarlo serían mayores pero no absolutas. No es pues condición indispensable como se ha creído que el contenido del quiste sea lo más líquido posible para que su extracción por la vía baja se haga con toda eficacia.

Los quistes hidáticos cuyo contenido es líquido se pueden asimilar a los mucoideos y los casos abordados por vía vaginal se han efectuado con toda facilidad.

En cuanto a la movilidad sabemos que gozan más de ésta los quistes de pedículo largo siempre que no estén aprisionados entre los órganos vecinos como sucede muy amenudo. Otras veces dificultan su movilidad las adherencias que se crean entre el tumor y los órganos de alrededor; pero para que ésto suceda es necesario que el quiste a causa de su volumen excesivo sufra roces, escoriaciones y frotos que alteran el epitelio destruyéndole el papel protector que antes desempeñaba.

En todos estos casos en que la movilidad está comprometida es mejor abstenerse de intervenir por vía vaginal, pues ocasiona un obstáculo muy serio y un trabajo muy engorroso, estorbo que presenta también la vía abdominal siempre más cómoda para estos casos.

Martín, Bumm y Dührssen, aconsejan intervenir por la vía baja en el ovario, siempre que el tamaño no sea muy exagerado y que las adherencias si existen no impiden su movilidad; más he tenido oportunidad de cooperar a la extirpación de voluminosos quistes del ovario de contenido líquido enclavados en la pelvis, no movable, que ocupaban todo

el fondo de saco vaginal posterior y cuyo límite superior alcanzaba seis traveses de dedo por arriba del pubis, por colpotomía posterior sin ninguna dificultad. Las historias clínicas que van en un capítulo aparte, informan de una manera elocuente nuestra aceveración.

#### SALPINGO-OVARITIS

Según Pozzi, la extirpación de los anexos debe efectuarse en estos tres casos: 1.º Las ovaritis o salpingitis, en que hay derecho de temer la presencia de pús y sus consecuencias. 2.º Las ovaritis esclero-quísticas, dolorosas. 3.º Las salpingitis crónicas parenquimatosas y quísticas en que a pesar de la marcha poco amenazadora de la afección hay lugar de hacer la operación para remediar a los accidentes menorrágicos, dismenorrágicos y nerviosos reflejos.

Tillaux con su ideas mitad conservadoras y mitad intervencionistas, que lo caracterizan, se expresa en una forma más amplia, pero más conforme con las ideas que reinan actualmente; intervenir cuando los recursos médicos no bastan: « Desde que se ha constatado de una manera evidente la presencia de un tumor doloroso, en uno de los fondos de saco va-

ginales y que se halla uno convencido que se trata de una tubo-ovaritis. ¿ Se debe proponer la ablación ? Sería ir muy pronto, pues la curación espontánea es posible y yo no podría levantarme mucho contra el abuso deplorable que se hace hoy de este género de intervenciones. Pero si la mujer sufre desde mucho tiempo, uno o dos años por ejemplo, si un tratamiento apropiado no ha modificado el estado local hay que proponer una operación y por lo demás las enfermas la reclaman con insistencia ; éstas son según mi opinión las condiciones que motivan la intervención ». En cuanto a la vía a elegir las opiniones están en contradicción. Hace unos años se prefería la vía abdominal encontrándose entre los partidarios a Terrier, Jonnesco, Hartmann, Delage-Pozzi, prefiere la vía abdominal y se expresa, diciendo : « Sin duda alguna la colpotomía puede ser buena en ciertas condiciones especiales ; pero no me parece que ofrezca serias ventajas y sí muchos inconvenientes cuando sobreviene la menor complicación ». Sin embargo, en las supuraciones anexiales verdaderamente agudas, parece que la vía abdominal debe ser abandonada. En estos casos dice Legueu, la virulencia del pús da una gravedad excepcional a la laparatomía. Esta opinión es apoyada por cierto número de cirujanos que declaran que en estos

casos verdaderamente agudos se debe preferir la vía vaginal que es de más seguridad.

Así, Thomas en 1880 que fué el primero que intervino en anexos por vía vaginal opina que «una salpingectomía por vía vaginal es menos peligrosa que una efectuada por vía abdominal; las heridas vaginales cicatrizan más rápidamente que las heridas de la piel y que cuanto más lejos esté situado un traumatismo del diafragma, menos se debe temer una peritonitis».

Bumm, en un trabajo analizado en los Anales de Ginecología y de Obstetricia de 1896, dice: «cuando se trata de tumores no adherentes relativamente accesibles que lo sean por el fondo de saco anterior o posterior, la celiotomía vaginal es muy recomendable».

Mackenrodt, en un estudio que hace sobre la colpotomía en el año 1896, opina que: «La vía a travez del fondo de saco posterior es mucho más corta que a travez del fondo de saco anterior, en que la vejiga y el útero deben ser separados. Aunque se deban romper tumores adheridos, no tiene ningún peligro, pues el pús se corre por los dedos y la operación una vez efectuada se puede drenar».

Jacobs, en un trabajo presentado al XI Congreso Internacional de Medicina reunido en Roma en 1894, presenta una estadística de 184 casos ope-

rados por él por vía vaginal, en casos de anexitis bilaterales o crónicas, en los cuales no ha tenido más que 5 casos fatales, o sea, 2, 7 %. En el mismo trabajo compara las estadísticas de intervenciones efectuadas por vía abdominal publicadas por Terrier, Terrillon, Doyen, Schauta, Crobach, Zweifel, Martín, Jacobs, Lawson Tait, que en un conjunto de 1.540 intervenciones tienen un 5, 7 % de mortalidad; los porcentajes por vía vaginal publicados por Richelot, Doyen, Pean, Segond, Rouffart, Jacobs dan 4, 49 % de mortalidad sobre 500 casos. Jacobs después de exponer minuciosamente los resultados y observaciones post-operatorios de sus intervenciones en los anexos por vía vaginal arriba a las siguientes conclusiones: 1.º En las anexitis unilaterales, la vía vaginal es preferible. 2.º En las anexitis bilaterales la castración total por vía vaginal es preferible a la salpingectomía bilateral por el abdomen.

Doyen en 1897, dice: «la colpotomía es preferible a la laparatomía en las anexitis de pequeño volúmen y en general en todos los tumores accesibles por el fondo de saco posterior, dejando la laparatomía para las lesiones a evolución netamente abdominal. Elige sin excepción para las intervenciones sobre los anexos el fondo de saco vaginal

posterior que asegura mejor el drenaje y llama a la colpotomía, laparatomía vaginal».

Dührssen uno de los más entusiastas partidarios de la vía vaginal es contrario a Doyen y prefiere el fondo de saco anterior, haciendo abstracción completa de la colpotomía posterior. Dührssen ha practicado la colpotomía anterior en 200 casos de inflamaciones de los anexos y del peritoneo pelviano, con sólo 8 muertes. En 29 casos ha librado el útero y el ovario de sus adherencias; en 63 casos ha practicado la ignipuntura del ovario atacado de producciones quísticas o por recesiones parciales; en 103 casos ha extirpado los anexos de un lado o de los dos.

Martín, 1897, estudia y compara ambas vías operatorias para llegar a las siguientes conclusiones: «que es preferible intervenir por la vagina siempre que podamos suficientemente poner al descubierto las vísceras pelvianas y obtener una cicatriz disimulada cuya regresión deje un estado que se acerque al normal y no sea el asiento de posibles complicaciones ulteriores».

En cuanto a los inconvenientes que le atribuye el profesor Pozzi, debo manifestar que de todas las enfermas operadas por vía vaginal en el servicio del doctor Chueco ninguna ha presentado complicación operatoria importante; a no ser que se refiera a las

perforaciones del recto o de la vejiga que son accidentes poco frecuentes. Los autores alémanes citan pocos casos. En el servicio de ginecología arriba citado no se han producido ninguna perforación de la vejiga ni del recto.

La salpingo-ovariectomía por vía vaginal es una operación decididamente menos grave que por la vía abdominal, Martín no ha tenido ningún deceso sobre 179 intervenciones sobre colpotomía anterior.

En oportunidad, el doctor Chueco publicará la estadística de los casos de supuraciones de los anejos del útero intervenidos por vía baja, pero desde ya puedo adelantar que el número de decesos es infinitamente inferior a los que presentan las mejores estadísticas de esos mismos casos intervenidos por vía alta. Con Faure y Siredey, puedo manifestar que se han obtenido curaciones milagrosas en procesos supurativos graves. En cuanto a los procesos basilares de las trompas y ovarios se refiere, aunque el número de operadas no sea por ahora crecido, se llega a la conclusión que los resultados obtenidos por vía vaginal son inferiores a los que se obtienen por vía abdominal.

#### CÁNCER UTERINO

Antes de hablar de las indicaciones hay que hacer una distinción entre el cáncer del cuerpo y el

del cuello del útero, pues las indicaciones varían según que se trate de una o de la otra forma. El primero se caracteriza por la lentitud de su evolución clínica y la época tardía de su propagación, pasando varios años acantonado entre las paredes uterinas que juegan el rol de cáscara protectora contra las invaciones que dirige sobre los órganos vecinos, conservando por ésta causa las enfermas todas las apariencias de salud. Por el contrario el cáncer del cuello uterino se propaga rápidamente a la vejiga, la vagina, el recto, los ligamentos anchos y repercute prontamente sobre los ganglios, produciendo el deceso de las enfermas en el espacio de 18 meses a 2 años.

¿En qué caso está indicada la intervención en general? Las indicaciones a la intervención varían mucho con los cirujanos. En Francia operan solamente los casos en que el útero conserva su movilidad. Pozzi, en el VI Congreso Periódico Internacional de Ginecología y Obstetricia, celebrado en Roma (Septiembre de 1912), da como indicaciones para la intervención radical, las siguientes: «Cuando más pequeñas es la lesión (en el cáncer del útero), más extensa debe ser la operación y vice-versa; en los casos en que el útero ha sido invadido por la neoplacia me limito a efectuar un curetaje seguido de cauterización con el termo-cau-

terio». Pero él, practica la histerectomía cuando el útero sólo está atacado, o cuando sus límites están poco tomados para no comprometer su movilidad.

En Alemania las indicaciones son más extensas, Wertheim opera muchos casos en que el parametrium está invadido en gran extensión por la neoplacia. Para Mackenrodt, no hay que dudar para intervenir en los casos en que los ligamentos anchos estén tomados y la vejiga invadida. Schauta y Küstner, no consideran como contraindicación las ligeras infiltraciones del parametrium. Para Hofmeier y Ols-hausen, la invasión de los ligamentos anchos es una contraindicación formal. Por último Chalmogoroff, y Pernice, no intervienen sino en los casos en que la pared vaginal está completamente indemne.

¿Decidida la intervención qué vía es necesario elegir? Las opiniones emitidas por los diferentes cirujanos sobre la vía a emplear en el tratamiento quirúrgico del cáncer ha dado lugar recientemente a tres grandes discusiones: una en la Sociedad de Cirugía en 1899; otra en el Congreso Internacional de Cirugía efectuada en 1900 y por último dos años más tarde en 1902 la última en el Congreso Internacional de Ginecología de Roma. La primera a consecuencia de una comunicación presentada por Picqué sobre la ablación de un útero canceroso por histerectomía abdominal y la de un ganglio meo-

plásico situado al nivel del origen de la arteria hipogástrica a la izquierda, hechos que hablan en favor de la laparatomía según él; se establece una discusión en la cual Ricard, Reynier, Terrier, Poirier, Routier, Michaux, Schwartz y Richelot, tratan las indicaciones y las ventajas de la histerectomía vaginal y abdominal. En la segunda el profesor Dimitri de Ott de Rusia, enumera las ventajas de la vía vaginal casi siempre empleada por sus colegas; Thomas de Cullen de Baltimore se declara partidario de la laparatomía; Gustavo Richelot, expone sus ideas personales. Se establece una discusión en la cual toman parte Morisani de Nápoles, Fritsch de Bonn; A Jesset de Londres; Tonnescol de Bucarest, y otros muchos.

En el Congreso Internacional de Ginecología de Roma en 1912, el profesor Pozzi presenta un trabajo sobre el tratamiento quirúrgico del cáncer uterino no admitiendo nada más que una intervención benigna siendo la vía vaginal la de elección en los casos de útero movable y siempre que los tejidos de alrededor no estén indurados. Sin embargo en ese Congreso gran número de cirujanos defienden la vía abdominal. Jonnesco de Bucarest, después de hacer ligeras consideraciones sobre la extensión del cáncer uterino local, regional y a la distancia (ganglionar, vical), y sobre las recidivas post-opera-

torias, describe su técnica de la intervención por vía alta, llegando a las siguientes conclusiones : « El tratamiento quirúrgico del cáncer del útero puede dar resultados muy satisfactorios prolongando la vida y aún llegando a la curación radical. La operación de elección debe ser la que permita extirpar no solamente el útero, sino también, los anexos, ganglios, tejido celular pelviano, vasos linfáticos, pelvianos, ilíacos y lumbares inferiores. La vía vaginal debe ser desechada pues no permite hacer una completa extirpación seguida de disección completa de la pelvis, fosas ilíacas y región lumbar. Todas las intervenciones efectuadas por ésta vía sin el vaciamiento arriba descrito, son incompletas y paliativas. La castración abdominal total seguida de disección completa es una operación benigna, racional, eficaz y posible ». Wertheim de Viena describe también su técnica y opina igual que el anterior. Freund, de Berlín llega a las siguientes conclusiones : « La operación debe practicarse lo más pronto posible y radicalmente para obtener curaciones persistentes. La operación abdominal responde mejor a este principio y dejo la vía vaginal para los casos muy avanzados en que un tratamiento paliativo se impone y que no se puede operar de una manera radical ». Jacobs de Bruselas, Th. Cullen de Baltimore, Poten, Zweifel, se declaran partidarios de la vía

alta y Pichevin de París critica las estadísticas operatorias, y él, no ha obtenido más que 3 % de sobrevividas, después de las histerectomías vaginales. M. Marcille ha demostrado que es imposible sacar todos los ganglios, así que él considera la operación abdominal como incompleta. Paul Delbet de París, opina que : « La operación de elección es la vaginal lo que es necesario es fijar bien las indicaciones y regular la técnica pues no existe peligro inmediato ». Amann de Munich, se declara partidario de la vía vaginal observando igual conducta Treube de Amsterdam.

En suma deben intervenirse por vía baja según Pozzi los casos en que el cáncer está limitado al útero siendo éste móvil ; pero con la condición que el cuello esté intacto porque de lo contrario la toma con la pinza erina en un cuello fríasle o destruido por la neoplacia sería imposible.

*Ventajas de la histerectomía vaginal sobre la abdominal en el cáncer del cuello* — Es una operación más benigna que puede dar excelentes resultados, y expone menos al infección. Pozzi en una de sus conclusiones a que llega en el citado Congreso, dice : « Los grandes desbridamientos producidos por la extirpación del tejido celular pelviano, el curetaje de la pelvis, la extirpación elevada de la ca-

dena ganglionar constituyen operaciones cuya gravedad parece excesiva en relación al resultado que puede ser obtenido. En el cáncer al principio una operación más simple (ablación sola del útero), puede dar excelentes resultados, y en los casos avanzados en presencia de una enfermedad cuya terminación es la muerte en breve tiempo un tratamiento benigno es preferible a un tratamiento pseudo-curativo peligroso; la operación mejor es entonces aquella que teniendo menos peligros inmediatos de muerte procura sobrealivios durables. La histerectomía vaginal que expone menos a la infección es el tratamiento de elección en los casos desgraciados en el que el útero ha quedado móvil y que las partes vecinas no están induradas. En dos casos semejantes, con cáncer limitado la ablación del cáncer del útero a través de la cavidad peritoneal (que se puede infectar, a pesar de todas las precauciones pre-operatorias y operatorias) es una operación más grave que la extirpación por la vagina.

El profesor M. D. de Ott, en el Congreso de San Petersburgo, (Septiembre de 1913) llega a las conclusiones siguientes:

1°—Para la operación del cáncer del útero, la vía abdominal, con ablación de los ganglios linfáticos, no debe ser seguida más que en casos li-

mitados, pues los resultados obtenidos no justifican nunca el riesgo del peligro inmediato.

2°—La operación de elección debe ser el método vaginal (por así decir ensanchado) los resultados adquiridos no son nunca inferiores a aquellos del método abdominal; al mismo tiempo el riesgo al desenlace mortal y de las lesiones de los órganos vecinos es infinitamente menor.

3°—Las operaciones tentadas en los casos evidentemente desesperados que no sirven más que al aumento del porcentaje operatorio, deben ser completamente abandonados; exponer a las enfermas a un riesgo inmediato no puede ser más que condenado bajo el punto de vista humanitario».

La mortalidad obtenida por las operaciones basadas en el vaciamiento pelvi-ilio-lumbar, llega al doble o al triple de la que acusa la histerectomía vaginal. Así, Wertheim acusa en sus últimas estadísticas una mortalidad de 20 % y Jonnesco una mortalidad de cerca de 34 %. Es cierto que en estos porcentajes, Wertheim y Jonnesco tenían todavía una técnica defectuosa y la aplicaban a todos los cánceres, ya sean limitados como a los avanzados. Pero con Segond opino que no hay duda que el vaciamiento pelvi-ilio-lumbar es dos o tres veces más grave que la simple histerectomía vaginal.

La histerectomía vaginal acusaba al principio una mortalidad de 36 a 23 % en 1880 a 1889. A partir de 1889, cae a 16 %. La estadística de Picqué y Mauclairé presentada en 1889 y efectuada sobre 2.557 observaciones, da una mortalidad de 8 a 9 %. La de Pashu, publicada en 1901 y basada sobre 2.552 casos, da una mortalidad ligeramente más elevada, llegando de 9 a 10 %. Las estadísticas más recientes, como la de Bouilly, da simplemente 5 y 3 % de mortalidad.

La mortalidad operatoria de la histerectomía vaginal parece ser actualmente en block de 5 a 7 %.

#### SUPURACIONES ANEXIALES — FLEMON DEL LIGAMENTO ANCHO

Antes de tratar- la indicación de la vía a elegir, mencionaré primero el momento oportuno para ponerlo en práctica.

Termitz y Gaupil antes de resolverse a evacuar el pus, agotaban primero todos los medios de que podían valerse para tratarlo médicamente.

Thomas, Gaillard y Sinety no intervienen más que en presencia de un estado general débil, y

Gallard espera para intervenir la aparición de la fluctuación.

M. Duncan, Scanzoni, Bandl, Heitzmann, Schroeder y Braun, aunque grandes intervencionistas, no son partidarios de la incisión precoz.

Uno de los primeros que demostró el interés que había en abrir lo más pronto posible los flemones, fué Bernutz, el que abandona su práctica antigua para declararse partidario de esta manera de proceder.

Delbet, otro de los grandes interesados en que la abertura sea precoz, piensa igualmente que es necesario «abrir una vía al pus, desde que se tiene la certidumbre de que él existe»; pero Segond contando entre los medios de terminación posible del mal la resolución, opina: «que es necesario primero recurrir a un tratamiento antiflojístico».

Siendo el tratamiento racional la evacuación del pus por la simple incisión del foco; ¿qué vía debe preferirse para hacer ésta incisión evacuatora?

Bouilly piensa que: «la incisión vaginal representa el tratamiento de elección en las colecciones del ligamento ancho que hacen relieve hacia la cara posterior».

Segond es de opinión contraria, él dice que pocas veces se debe efectuar la abertura del ab-

ceso por la vía vaginal y casi siempre por la pared abdominal.

Con Bouilly pienso que la vía vaginal es el procedimiento de elección, cuando la colección está situada en la cara posterior haciendo proeminencia en el Douglas. Basado en un principio general de cirugía que dice: que todo foco purulento debe ser abierto y drenado por la parte más declive es que Jean Roger aconseja seguir en estos casos la vía vaginal. Por la vía abdominal se aborda el absceso pelviano por su parte más elevada, por este motivo la curación es siempre tardía y a veces no se llega a ella si es que no se hace una contraabertura vaginal; el cirujano en este último caso debe terminar por donde debería haber empezado. Además la incisión abdominal crea en la pared un punto débil al nivel del cual puede producirse secundariamente una eventración.

A veces sucede que el flemón en lugar de abrirse camino hacia la vagina, se dirige hacia la pared anterior del abdomen, formándose una colección, que al examinarla da la impresión de un bubón; en estos casos, una simple incisión en el punto más declive, es lo suficiente para drenarlo y llegar así a la curación; como he tenido ocasión de observarlo en el servicio de Ginecología del doctor Chueco.

En resumen vemos que en los flemones pelvianos el tratamiento de elección, cuando éstos se abren paso hacia el lado de la vagina, la colpoto-  
mía practicada según las circunstancias en el fondo de saco vaginal posterior o anterior, permitirá siempre llegar al asiento de la lesión y dar en los casos más graves, resultados inesperados.

#### PIO-SALPINX

Para determinar la parte que le corresponde a cada uno de los métodos, conservador y radical en el tratamiento de las lesiones supuradas de los anexos, nosotros debemos sucesivamente tratar los diferentes casos que pueden presentarse en la práctica, procediendo de los simples a los complicados.

##### *Pio-salpinx unilateral frío sin complicaciones—*

En el caso más simple nos encontramos en presencia de un pio-salpinx unilateral que no se acompaña ni de fenómenos generales ni de signos aparentes de perisalpingitis. En este caso de debe tener en cuenta ante todo el asiento ocupado por la colección y la antigüedad de las lesiones.

Si se trata de un saco tubario bastante reciente, que está prolabado en el fondo de saco vaginal posterior, o si ocupando una situación más elevada, es accesible todavía por la vía natural, se deben intervenir por ésta.

En 1890, Bouilly en su notable comunicación a la Sociedad de Cirugía, consideraba la colpoto-  
mía en esta época, como una «operación de necesidad», que no debía indicarse más que si la «fiebre, el estado de agotamiento daban pocos éxitos a la laparotomía»; pero en 1896, en el Congreso de Génova, el mismo autor reconocía que «hechos nuevos permitían extender las indicaciones de la incisión vaginal y atacar a frío colecciones tubarias u ováricas supuradas, teniendo asiento en el fondo de saco posterior o en uno de los fondos de saco laterales».

Bouilly da como indicaciones que sea amplia y extensible, que el tumor unilateral y pequeño no sobrepase el tamaño de un huevo o de una mandarina y que esté situado en el fondo de saco de Douglas o cerca del borde inferior del útero, poco adherente, no envuelto en tejidos espesados e indurados, y no fijado en retroversión. Sin embargo, el tamaño aconsejado por Bouilly y aún si éste es más grande, no es un inconveniente, pues yo he visto operar en el servicio del doctor Chue-

co pio-salpinx voluminosos con todo éxito. En estos casos, efectuando previamente una punción del saco, se evacúa el contenido sin presentar mayor peligro pues este pus, corre por los dedos al exterior y de esta manera se reduce el saco, pudiendo exteriorizarlo fácilmente y hacer la ablación del anexo enfermo; y estos éxitos se obtienen notoriamente en especial en aquellas colecciones purulentas, contenidas en gruesas paredes que circunscriben el proceso inflamatorio, aislándolo de los órganos vecinos.

*Pio-salpinx agudos unilateral, con complicación* — Los casos de pio-salpinx en período inflamatorio, agudo o complicado, de lesiones purulentas de vecindad, asentándose en el tejido celular, sea sobre todo en el peritoneo pelviano, deben intervenir por la vía vaginal.

La comunicación hecha por Monod en el año 1898 a la Sociedad de Cirugía, que trata justamente a estos casos de salpingo-ovaritis supuradas, complicadas de peri-salpingitis, por la incisión vaginal y en la cual el autor proclama los éxitos de esta vía, insistiendo principalmente sobre la necesidad de no contentarse con la abertura de la primera colección serosa o purulenta, que encuentra el bisturí; el dedo introducido en la herida

vaginal, debe explorar la cavidad pelviana, y darse cuenta si es que no existe un segundo saco purulento contenido en el primero; «la inflamación peritoneal circunscripta, nos dice él, que acompaña casi fatalmente las lesiones anexiales dan a menudo lugar a un derrame que puede no ser más que seroso, o más a menudo supurado. Esta colección es fácilmente atacada y evacuada por la incisión vaginal. Pero para que la operación sea completa y verdaderamente útil, élla debe atacar la lesión anexial primitiva, todas las veces que ésta pueda ser reconocida».

El profesor Pozzi practica también la colpomotomía en las supuraciones agudas de la pequeña pelvis. El ha visto siempre estas supuraciones ceder a la incisión del fondo de saco posterior.

Defendida por Bouilly, La Dentú, Segond, Hartman, Laroyenne y por Routier, Tuffier, Chaput, los cuales aprueban las conclusiones a que llega Monod en la citada reunión; es atacada por Ricard, Schwartz y Richelot.

Richelot ha insistido en efecto, sobre las dificultades y a veces los peligros de la práctica de la colpomotomía en ciertos casos imprevistos. El foco purulento puede parecer estar en contacto inmediato con la vagina, y sin embargo estar separado por un paquete de ansas intestinales; se le

puede creer adherente y directamente abordable y para esto es necesario atravesar antes de llegar a él, un espacio libre de la gran cavidad peritoneal. «Así algunas veces por estas disposiciones inesperadas que fallan los diagnósticos más finos, hacen la vía vaginal mala.» Pero estas disposiciones desfavorables son raras; ante todo, el intestino rara vez se interpone entre el fondo de saco vaginal posterior y una colección anexial y por otra parte, un saco purulento accesible por la vagina, deja en el período agudo inflamatorio un espacio libre entre la cavidad peritoneal y la pared vaginal.

Además, la colpotomía está actualmente también reglada que la posibilidad de un accidente aún en los casos más difíciles es muy raro, aunque diera el caso de encontrarse con el intestino, éste se reconoce fácilmente en el fondo de la herida vaginal o al menos no se perfora nunca, pues casi siempre se guía con el dedo para abrir la pared del saco.

Debe intervenirse por colpotomía cuando se encuentra en presencia de un pio-salpinx que reposa sobre una tumefacción excepcionalmente fluctuante en sí, y casi siempre indurada, debida a la inflamación del tejido celular subyacente. En estos casos de pio-salpinx complicado con inflama-

mación del tejido celular pelviano, la incisión vaginal practicada según las circunstancias, en el fondo de saco vaginal posterior o en el anterior, nos parece el procedimiento de elección.

*Pio-salpinx doble, frío sin complicaciones* —

En los casos de lesiones anexiales accesible por la vagina, si se trata de una mujer joven, la curación por la simple incisión evacuadora debe ser tentada; pero si la inflamación es al contrario, bastante antigua y si los sacos purulentos están situados en el fondo de saco posterior o más arriba, debe recurrirse a la extirpación de los órganos enfermos por la vía vaginal.

La mayor parte de los cirujanos que son defensores de la colpotomía en el tratamiento de las colecciones tubarias u ováricas de origen inflamatorio, han considerado la bilateralidad de las lesiones como una contraindicación casi formal. Bouilly no practica la incisión vaginal más que si el saco es «único, no tabicado, unilateral»; Richelot no recurre a la vía baja más que en los casos «en que el otro costado parece sano»; para Monod, «cuando las lesiones aún recientes, sean bilaterales, la incisión vaginal será generalmente insuficiente».

Por el contrario, Routier se declara partidario de la vía vaginal y no cree que haya que recurrir a

esta vía nada más que en los casos de lesiones unilaterales. Y es lógico pensar así, pues si la colpoto-  
mía es un buen tratamiento para una colección,  
debe serlo en los casos que es bilateral y la infla-  
mación no va a ser menos curable por el hecho  
de ser doble la lesión. En los casos que las lesio-  
nes sean muy avanzadas y no se pueda ser conser-  
vador, se hará cirugía radical. Para este objeto se  
efectuará la histerectomía vaginal.

Las ventajas de la histerectomía vaginal en es-  
tos casos son muy bien expuestas por Ricou en su  
tesis: «Sólo la histerectomía vaginal está indicada  
en las colecciones purulentas múltiples, incluidas  
a la vez en los anexos y en las adherencias pe-  
ritoneales. En éstos, por la laparotomía la vista  
es impotente y toda tentativa de enucleación es pe-  
ligrosa. En vano se le reprocha entonces a la his-  
terectomía vaginal de ser una operación incomple-  
ta, porque la ablación de los anexos enfermos sea  
a menudo imposible. Es este carácter incompleto  
que da la seguridad a la operación. Hacerle este  
reproche, dice Bouilly, es desconocer la eficacia y  
las ventajas. Los resultados son excelentes aún en  
estas condiciones. La abertura amplia de los sa-  
cos purulentos y el drenaje así efectuado, responde  
a todas las indicaciones».

La serie de objeciones que se le hacen, tales como heridas del intestino, de la vejiga y del ureter, las hemorragias como consecuencia casi fatal de este método casi «ciego», la gravedad mayor del shock en la histerectomía vaginal, el temor a un prolapso general de las vísceras abdominales, producido por la destrucción del piso pelviano, que ocasionaría la histerectomía, etc., quedan desvirtuadas después de la manera de expresarse uno de los más ardientes partidarios de la salpingo-ovariectomía abdominal, como es Hartmann: «Yo practico la ablación del útero en todos los casos, donde el estado de los anexos es tal, que debo sacrificar los dos costados»; y él agrega que ha sido conducido a esta conclusión por la comparación de los resultados alejados de la histerectomía vaginal con la histerectomía abdominal anexial, siendo los primeros muy superiores a los últimos.

*Pio-salpinx dobles agudos complicados* — En este caso se encuentran las anexitis bilaterales supuradas, evolucionando con fiebre y acompañadas de celulitis pelviana o de pelviperitonitis. Aquí más que nunca, la incisión vaginal deberá ser practicada todas las veces que el asiento de la lesión lo permita, demostrando una vez más las ventajas y las rarezas de sus contraindicaciones.

En los casos de lesiones muy complejas y extensas se debe recurrir a la histerectomía vaginal, pues una incisión del saco vaginal posterior sería insuficiente.

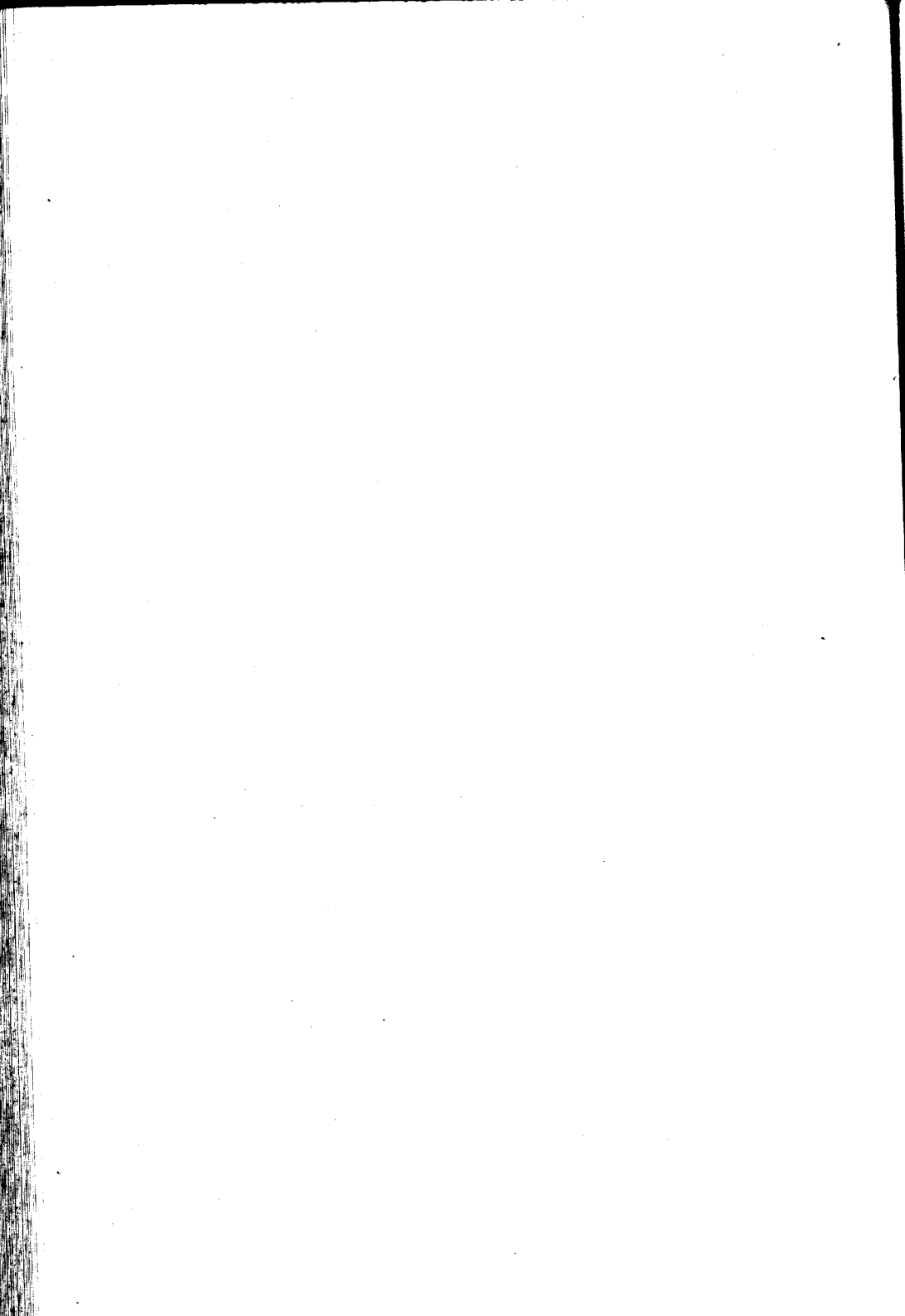
El profesor Favre opina al respecto : «La histerectomía vaginal será reservada a las supuraciones virulentas agudas, a focos múltiples, con tendencia invasora y que una simple colpotomía sería impotente para curarlo». «En mujeres agotadas por los dolores y por una larga supuración, la histerectomía vaginal efectúa curas maravillosas y provoca resurrecciones».

Bouilly, Launay, Segond, Richelot, son igualmente defensores de la histerectomía vaginal en estas condiciones.

En las salpingitis supuradas, según estos autores, las indicaciones de la histerectomía vaginal son sacadas del estado general malo que ocasionaría graves trastornos al efectuar una laparotomía de la virulencia acentuada de las lesiones pelvianas, de la situación de las colecciones purulentas que están separadas de la gran cavidad abdominal por una verdadera «cúpula de protección».

En las supuraciones anexiales particularmente agudas, la histerectomía vaginal da excelentes resultados, como he tenido ocasión de observarlo en el servicio del doctor Chueco, en enfermas ataca-

das de pio-salpinx con «pousses» febriles que resistían a todo tratamiento de enfriamiento. Efectuada la operación, baja inmediatamente la fiebre y la curación sobreviene completa y rápidamente.



## CAPITULO III

### **Contraindicaciones de la vía vaginal**

#### HEMATOCELES

No deben intervenirse por la vía vaginal los hematomas recientes, que no han tenido el tiempo suficiente para enquistarse, sujetos a «pousses» de hemorragias más o menos repetidas.

Los que se hacen más abdominales que pelvianos, haciendo sino imposible por lo menos difícil la llegada a él.

En estos casos la laparotomía debe ser aceptada como la operación de preferencia, pues va a ligar y extraer el vaso que sangra y detener por lo tanto la hemorragia.

Esta operación presenta sobre la colpotomía la ventaja de una mayor seguridad en la ejecución y no tener el peligro de nuevas hemorragias producidas al sacar el tapón obturador.

### RETRODESVIACIONES

No existen contraindicaciones cuando se trata de úteros móviles y cuando se hallan fijadas la pared posterior del útero al recto; siempre esta dificultad en los casos en que he cooperado a intervenir ha sido vencido el obstáculo sin esfuerzo alguno.

Así pues, creo que no existen contraindicaciones en la vía baja.

### CIRUGIA CONSERVADORA DE LOS ANEXOS

Aparte de las contraindicaciones que originan la no permeabilidad de la trompa, producida por inflamaciones de ésta, impidiendo hacer cirugía conservadora, creo que siempre que se trate de lesiones inflamatorias del ovario y trompa como he descrito en el capítulo de las indicaciones, la vía vaginal está indicada.

### FIBROMAS

En la cirugía conservadora vaginal, las contraindicaciones hay que examinarlas bajo el doble punto de vista siguiente :

*Estado de la enferma* — No debe practicarse la histerectomía vaginal en las mujeres de edad avanzada, caquéticas o portadoras de lesiones viscerales graves, tales como: degeneraciones del corazón y del hígado, nefritis avanzadas, etc., porque para el estado en que se encuentran estas enfermas, una operación fácil como la de Segond resultaría laboriosa. Contraindica también toda intervención, la enferma que después de un examen prolongado haga sospechar una evolución maligna del tumor.

*Estado de ciertos fibromas* — Las neoplasias fibromatosas que llegan a un volumen considerable, irregulares, multi-lobados, con procesos de degeneración avanzada, mantenidos por fuertes adherencias a los órganos vecinos y por último, que se acompañen de lesiones anexiales, justificadas por un examen ginecológico, están contraindicadas para intervenir.

Estos casos deben reservarse a la histerectomía vaginal o abdominal.

Por medio de la histerectomía vaginal se puede extirpar fibromas tan grandes como los que Segond marca el límite para la histerectomía vaginal, sin inconveniente alguno, como prueban las observaciones del profesor Dartigue en su tesis de

profesorado, y las ya citadas en el trabajo del doctor Alsina.

Luego entonces, el tamaño del tumor no tiene tanta importancia para las contraindicaciones como la tienen los fibromas extendidos en superficie que cabalgan sobre el margen de la pequeña pelvis, no descendiendo más que con dificultad o haciéndose por esta causa inaccesibles.

Contraindican esta vía también, los fibromas que carezcan de zona capsular constatada después de un « morcellement »; los enucleables pero esfacelados y putrefactos, sospechados de haber infectado el resto del útero y por último aquellos que siembran al útero de núcleos fibromatosos que al ser extirpados, lo dejasen agujereado y dislocado.

Todos estos casos, aún empezada la histerotomía cérvico-vaginal deben terminarse por la castración total.

#### EMBARAZOS ECTOPICOS

Deben reservarse para la vía abdominal los embarazos tubarios, sin complicaciones, que han pasado el mes que hemos fijado al hablar de las in-

dicaciones para la vía vaginal, es decir, más allá del tercer mes, porque en estos casos, tratándose de una gestación que le da a la trompa un volumen grande, al ser extraída ésta ocasionaría dificultades para su pasaje a través de la vagina, sin ser este solo el inconveniente; pues las tracciones ejercidas para descenderla, podrían ocasionar la ruptura intempestiva del saco y producir una hemorragia difícil de cohibir.

En caso que existan complicaciones, tales como, la ruptura cataclísmica, si se trata de una gestación que ha pasado el tercer mes, deben también reservarse para la vía alta, porque si es menos de esta época, siempre que no existan lesiones inflamatorias en los anexos o en el útero, se intervendrá por la vía vaginal.

Contraindican también la vía vaginal, las gestaciones ectópicas más allá del quinto mes, siempre que el niño esté vivo; pero si se trata de un niño muerto y que la extracción de la placenta ocasiona dificultades por su fuerte inserción, al ser extraída por la vía abdominal se debe preferir la vía vaginal.

Los embarazos ováricos rotos o que han pasado el tercer mes, no deben intervenir por la vía baja.

## QUISTES DEL OVARIO

Los tumores del ovario de localización abdominal con pedículo corto que impide que éste pueda ser llevado en contacto con la vagina, contraindican intervenir por esta vía, pues en estos quistes no solo es difícil hacerlos pelvianos, sino que en el caso de que este obstáculo se venza, una vez punzado, la ligadura del pedículo es sumamente laboriosa.

En cambio, en los quistes de localización abdominal, como he dicho en el capítulo de las indicaciones, movibles, con pedículo largo, pudiendo descenderse a la excavación pelviana, son abordables por la vía baja, pues en estos casos la ligadura del pedículo no presenta ningún inconveniente.

Referente a la naturaleza, no deben intervenir por ésta vía los quistes que en su constitución entran partes sólidas, como lo declaró Wertheim, en el Congreso de San Petersburgo; y los de carácter maligno. En éstos últimos, la vía abdominal tiene la ventaja de poder observarlos, estudiarlos en su generalización y ramificaciones con los órganos vecinos, al par que el tratamiento más eficaz, pues en estos tumores malignos las adherencias son mayores y más extensas que en los quísticos

y los obstáculos que presentan pueden ser vencidos más fácilmente por esta vía.

En cuanto al volumen se puede decir que es indiferente y no ha sido mirado como contraindicación, según declara M. A. Markowsky.

Por lo que se refiere al contenido, es condición indispensable, que el quiste sea lo más líquido posible para poder ser extirpable por la vía baja; pero sin embargo, hago la salvedad que los quistes dermóides que no llenan estos requisitos pueden también ser factibles de esta vía, como he tenido ocasión de observarlo.

En los tumores inmóviles está contraindicada la vía vaginal, siempre que esta inmovilidad no dependa de la compresión o enclavamiento que la neoplasia pueda experimentar por los órganos vecinos o paredes óseas que le limiten, pues evacuado su contenido, la inmovilidad cesa y su extirpación por lo tanto es fácilmente realizable; y si ella depende de adherencias, entonces bien se sabe, el trabajo que ocasiona para su ablación aún por la misma vía abdominal.

#### SALPINGO-OVARITIS

Las lesiones de los anexos ya sean de origen puerperal o gonocócico, que tenga una evolución

francamente abdominal y que presenten múltiples adherencias inmovilizando los anexos y el útero; ocasionando dificultades para su exteriorización, no deben intervenir por la vía vaginal; porque si bien es cierto que la ruptura del tumor no presentaría ningún peligro, pues el pus, gracias a la acción de la gravedad correría por los dedos hacia el exterior, en cambio hay que tropezar con una serie de inconvenientes para poder efectuar la ablación de una trompa, poco accesible por la colpotomía y rodeada de múltiples adherencias, imposibilitando aún más todo trabajo de descenso.

Así pues, siempre que se trate de tumores anexiales, que no forman relieve en el Douglas y que por el contrario, tienen tendencia a hacerse abdominales, la vía baja está contraindicada.

En cuanto a las lesiones bacilares de los anexos, aunque son pocos los casos intervenidos, la vía vaginal está contraindicada, pues si se admite hoy día la acción favorable que pueda tener la luz sobre los procesos bacilosos, la vía de elección deberá ser la abdominal, que permitirá, merced a que la operación es hecha a cielo abierto, la entrada del aire; el cual actuará sobre las lesiones anexiales, peritonitis bacilosa si es que existe, favoreciendo la curación o impidiendo al menos su propagación.

## CANCER

Toda vez que el tacto bi-manual muestre un útero que está un poco fijo, permitiendo suponer la infiltración del parametrium hay que recurrir a la vía abdominal, porque con la operación vaginal no se puede extirpar la base de los ligamentos anchos, del parametrium y hacer la disección de la parte terminal de los uréteres.

La infiltración de los tejidos que están alrededor de los uréteres contraindican todavía la histerectomía vaginal. Este diagnóstico será hecho cuando las enfermas presenten dificultad en la emisión de orina, acompañada de *algunos* pequeños signos de principio de uremia, tales, como los trastornos dispépticos.

Deben también intervenirse por vía alta cuando la neoplasia ha roído el labio anterior del cuello del útero, pues esta vía permite efectuar con mayor facilidad la extirpación de las cadenas neoplásicas y la disección de la parte terminal de los uréteres.

En fin, para que la histerectomía vaginal sea posible, es necesario que persista el cuello; porque si éste ha desaparecido espontáneamente o por

una amputación anterior o bien si es friable, la toma con la pinza erina se hace imposible, contraindicando por esta causa la vía baja.

Presentan inconvenientes también por la vía vaginal todas las veces que la pared vaginal está tomada, debiendo reservarse estos casos para la laparotomía que permite hacer una disección más fácil de esta pared de abajo hacia arriba.

Resumiendo, tenemos que son abordables por la vía abdominal, los cánceres del útero que han perdido su movilidad o que la parte terminal de los uréteres está probablemente invadida y aquellos en que el hocico de tenca es muy friable, desgarrándose completamente al querer tomarlo con la pinza.

#### SUPURACIONES ANEXIALES — FLEMON DEL LIGAMENTO ANCHO

No deben intervenirse por la vía vaginal los flemones de localización alta y que no forman prominencias en el fondo de saco vaginal posterior.

En esta variedad de flemones la vía abdominal permitirá llegar a la lesión, dado que ésta está situada muy alta, más fácilmente que por la vía baja.

PIO-SALPINGX

En cuanto a las lesiones pio-salpingianas, ya sean unilaterales o bilaterales frías, sin complicaciones no deben intervenirse por la vía vaginal, cuando estos tumores son de localización alta con fuertes adherencias al epiplón y al intestino, pues al querer hacer la ablación de la trompa o del saco enfermo, las tracciones que hay que ejercer sobre ellas para descenderla podrían ocasionar hemorragias difíciles de cohibir.

Por el contrario, las lesiones pio-salpingianas, agudas, con complicaciones, siempre que sean de localización baja y que ocupen el fondo de saco de Douglas, serán factibles de la vía vaginal debiéndose preferir la vía alta, cuando no se cumplan estas condiciones.





## CAPITULO IV

### **Valor comparativo entre la vía alta y la vía baja**

De las observaciones recogidas en el servicio de Ginecología del Doctor Chueco, voy a establecer un parangón de los resultados entre la vía vaginal y la abdominal en general dándole el valor que le corresponda a cada una de ellas.

Ante todo quiero hacer una salvedad y es que no es mi intención imponer a la vía vaginal como único tratamiento de las afecciones que atacan a la mujer ; sino defenderla en lo que justamente se le debe de manera que como dice el profesor Martín, no sea una adversaria de la vía abdominal, sino que una a otra se complementen.

Trataré primero las ventajas del acto operatorio en sí, para luego seguir con el post-operatorio inmediato y lejano.

La facilidad con se someten las enfermas a una operación por vía vaginal, permite que las lesiones puedan ser atacadas en un principio y de ahí la enorme ventaja de poder extirpar neoplasias todavía pequeñas anodinas sin repercusión general, como sucede también con los quistes, que su ablación puede efectuarse, cuando todavía no existe ni supuración, ni degeneración maligna.

La benignidad de la operación y el menor peligro a la infección debida al poco o ningún contacto de las ansas intestinales; a la forma especial de la pelvis, que permite en las intervenciones sucias si un accidente fortuito se produjera (vaciamiento de absesos, pío-salpinx, colecciones purulentas, etc.), que por vía abdominal, constituiría un grave inconveniente, no tiene por el contrario en la vía baja ningún peligro pues el pús gracias a la acción de la gravedad, se escurre hacia abajo sin empapar las ansas intestinales, cosa que sucedería en la laparotomía a pesar de la defensa artificial que se pretenda intentar con la colocación de compresas.

El mayor grado de resistencia, a la infección, es para otros debido a la mayor distancia del peritoneo al diafragma.

Las mujeres obesas, las anémicas, las debilitadas a agotadas por una larga enfermedad, intervenidas por la vía abdominal, corren más peligro

que operadas por la vía vaginal, pues en estas enfermas, el schok, a que están expuestas es nulo por esta última vía.

En cuanto a las obesas de paredes infiltradas por un pániculo adiposo abundante poco apto para que la cicatrización de la pared abdominal se haga por primera intención, intervenidas por vía vaginal, les presenta una doble ventaja que es primero la ausencia de la cicatriz abdominal, satisfaciendo así la estética y segundo, el peligro a la eventración que en las operadas por vía abdominal a pesar de los progresos de la antiséptica y el perfeccionamiento de la técnica operatoria se presentan según Winter en la proporción de 12, 8 % de los casos.

Como vía de drenaje la vía baja es muy superior a la laparotomía porque siendo el Douglas el punto más declive de la cavidad abdominal todos los exudados tienden a acumularse en él y de ahí por acción de la gravedad pasar a la vagina.

Este drenaje tiene la ventaja de ser continuo en razón de la declividad de la pelvis, mientras que en la laparotomía, los drenajes se hacen mal, debido a que estando colocados verticalmente ocasionan un serio obstáculo al progreso de los líquidos patológicos.

Se le reprocha al drenaje vaginal que debido a la dificultad con que se tropieza para aséptisar

la vagina y estando ésta en contacto directo, con la cavidad abdominal, existe el peligro de la infección, objeción que Sims, se ha encargado de desvirtuar con la sistematización de ese drenaje en las ovariectomías.

En cuanto a las mayores dificultades que esta vía nos ofrece creo que no es argumento para atacarla ya que debemos suponer de parte del cirujano que interviene todos los conocimientos y la práctica necesaria para esta clase de intervenciones.

Los resultados post-operatorios en las enfermas intervenidas por el Doctor Chueco, no pueden ser mejores, pues al otro día de operadas, se les pone semi-sentadas para el tercer día sentarlas del todo, lo cual favorece mucho el drenaje. Estas enfermas se levantan a los cinco o seis días para darlas de alta a los diez o doce completamente curadas.

Los accidentes cuando existen se concretan a pequeñas ascensiones térmicas, o a ligeros hematomas en los fondos de saco vaginales, los cuales no han hecho sino demorar algunos días la curación definitiva y en ningún caso comprometer el éxito de la intervención.

Por el contrario por la vía abdominal aún en el supuesto caso de que no sobre vengan complicaciones, siempre es mucho mayor el tiempo que la enferma debe quedar en cama, eso sin contar los

casos en que se dejan drenajes que prolongan considerablemente la operación.

En cuanto a los resultados lejanos, las enfermas intervenidas por esta vía, no están expuestas a las eventraciones y sin ser éstas, las múltiples complicaciones que pueden ocasionarle las adherencias que se establecen entre la cicatriz abdominal y el peritoneo.

No necesitan el uso permanente de una faja siempre molesta y permite que las enfermas se puedan dedicar a los trabajos físicos poco tiempo después de haber sido operadas sin temor a que un esfuerzo les pueda ocasionar una complicación cualquiera.

Otra de las grandes ventajas de la operación vaginal se pone de manifiesto durante el embarazo y el parto, pues esta vía respetando la prensa abdominal permite que las contracciones en el momento del trabajo puedan efectuarse con eficacia.

En fin antes de terminar este capítulo, séame permitido transcribir las opiniones de Routier y de Picqué respecto a la vía vaginal de la cual son fervientes partidarios.

Dice Routier en un artículo publicado en la Ginecología : « La vía vaginal es más simple y menos » peligrosa que la abdominal y creo poder formular » esta opinión sin ser tachado de tímido después

»de haber demostrado bastante que no temo a la  
»laparotomía. Es en efecto, muy fácil efectuar la  
»antisepsia de la vagina para no temer una infección  
»venida por ese lado y la insición retrouterina es  
»lo más fácil de practicar; y si a ésto se añade  
»la dificultad que muchas veces hay en diagnósticar  
»el contenido de un tumor, se comprenderá que  
»ventaja inmensa hay en abrir un abseso por la  
»parte más accesible y la más declive, aquella por  
»donde se drenará más fácilmente».

J. Picqué, en la Ginecologie, (1898), dice:

«Es seguramente una cirugía menos brillante  
»que ocasiona juicios muchas veces severos de parte  
»de los cirujanos, pero es, según entiendo, la ver-  
»dadera cirugía del enfermo, que pide su curación  
»por el método más simple más benigno y el menos  
»mutilante.

«Todas las teorías deben caer delante de los  
»hechos, pues estos sólo son los que pueden llevar  
»la convicción al ánimo de los demás».

## CAPITULO V

### Observaciones clínicas

En este capítulo me limitaré solamente a presentar dos o más observaciones que servirán como tipo de una serie más o menos numerosa análogas a la de los casos presentados. Omitiré, siguiendo el orden cronológico, que he adoptado, todos los casos que corresponden a la cirugía sintomática y radical, siendo comprendido por lo tanto las colpotomías anteriores, posteriores o laterales a objeto de curar hemátocelos supurados o no y los que conciernen a la cirugía radical, comprendiéndose en éstos, entre los tumores benignos, los fibromas, que han sido tratados ampliamente en la tesis inaugural, del doctor Fidel Alsina, que versa sobre este tópico, presentando toda una serie de tumores de esta naturaleza, extirpados por vía vaginal, serie que se ha aumentado, en el tiempo transcurrido, sin haberse pro-

ducido hasta el presente ningún caso fatal. En cuanto se refiere a los tumores malignos en los que se ha efectuado cirugía radical por vía vaginal me exime de la presentación de los casos, puesto que ésta cirugía se práctica corrientemente en todos los servicios de cirugía ginecológica, así, pues, es a la cirugía conservadora a la que voy a prestar mi preferente atención presentando la serie de casos de que he hablado con anterioridad.

## Desviaciones uterinas tratadas por diversos procedimientos

### OBSERVACION I

Hospital J. A. Fernández. Servicio del doctor Alberto Chueco.

A. M. de C., 29 años, argentina, casada. Sala II, cama N.º 27. Ingresó al servicio, el 6 de Agosto de 1913.

*Diagnóstico* — Retroflexión uterina, endometritis.

*Tratamiento* — Anestesia intrarraquídea con estovaina. Colpotomía anterior, cuñeo-histeropexia, procedimiento de Jonnesco. Al octavo día es dada de alta y un mes más tarde es examinada estando el útero en posición normal.

## OBSERVACION II

L. L. de S., 24 años, alemana, casada. Sala II, cama N.º 29. Ingresó al servicio el 17 de Marzo de 1913.

*Diagnóstico* — Retroflexión uterina, metritis.

*Tratamiento* — Anestesia etérea. Colpotomía anterior, ligamentopexia posterior, al noveno día es dada de alta. Esta enferma se embaraza tres meses después de la intervención llegando su gestación hasta término normal con parto igualmente normal.

## OBSERVACION III

C. I. de B., argentina, 19 años, soltera. Ingresó al servicio, el 7 de Marzo de 1915.

*Diagnóstico* — Retroflexión uterina movable.

*Tratamiento* — Anestesia etérea. Colpotomía anterior. Ligamentopexia posterior y procedimiento de Doyen. Es dada de alta el 28 de Marzo de 1915.

**Ovariectomía por quiste del ovario  
con útero normal en gestación  
o durante el parto**

OBSERVACION I

Hospital J. A. Fernández. Servicio del doctor  
Alberto Chueco.

J. M., 25 años, italiana, casada. Sala II, cama  
N.º 3. Ingresó al servicio el 22 de Agosto de 1913.

*Diagnóstico* — Quiste multilocular del ovario  
derecho.

*Tratamiento* — Anestesia clorofórmica. Colpo-  
mía anterior, liberación de múltiples adherencias la-  
xas entre la neoplacia y el útero con el peritoneo  
de la pared abdominal donde existía una cicatriz de  
una laparotomía anterior; exteriorización del útero  
y luego extirpación del tumor. Post-operatorio ex-  
celente, al segundo día la enferma sentada en el  
lecho manifiesta que se le dé de comer y a los

siete días se levanta comprobándose al examen vaginal que aún persisten en la cicatriz de la colpotomía restos del catgud cromatado.

### OBSERVACION II

A. R. de C., 21 años, española, casada. Sala II, cama N.º 18. Ingresa al servicio el 12 de Septiembre de 1913.

*Diagnóstico* — Quiste del ovario y embarazo.

*Tratamiento* — Anestesia intrarraquídea con estovaina. Colpotomía anterior, por la brecha abierta sin exteriorizar el útero que se encuentra en el tercer mes de su gestación; se extirpa un voluminoso quiste del ovario. Post-operatorio, excelente, es dada de alta a los seis días de la intervención.

### OBSERVACION III

L. B. de V., 24 años, argentina, casada. Sala II, cama N.º 4. Ingresa al servicio el 7 de Junio de 1913.

*Diagnóstico*      Quiste dermoideo del ovario.

*Tratamiento*      Anestesia clorofórmica. Colpomotomía anterior. Ovariectomía: la neoplacia extirpada es de gran volúmen y encierra en su interior gran cantidad de materia sebacea, pelos y dientes. Esta observación es sumamente interesante. fué publicado dos años ha. por el doctor Chueco. En su trabajo acompaña un estudio anatomopatológico de la pieza extirpada. hecho por el profesor José Badia.

**Ovaritis poliquística, estenosis de las trompas hematosalpinx e hidrosalpinx y gestaciones ectópicas.**

OBSERVACION I

Hospital J. A. Fernández. Servicio del doctor Alberto Chueco.

C. A. de L., 32 años, española, casada. Sala II, cama N.º 15. Ingresa al servicio el 16 de Septiembre de 1913.

*Diagnóstico* — Metritis, polipo uterino pediculado y situado en el orificio uterino, ovaritis quística y salpingitis izquierda.

*Tratamiento* — Anestesia etérea. Colpotomía anterior, después de la extirpación del pólipo, raspado uterino y resección parcial del ovario atacado. Post-operatorio excelente, la enferma se sienta al segundo día y a los seis abandona el lecho.

## OBSERVACION II

M. G., 24 años, argentina, casada. Saia II, cama N.º 12. Ingresó al servicio el 14 de Agosto de 1913.

*Diagnóstico* -- Retroflexión uterina adherente, oovaritis quística izquierda, estenosis de la trompa derecha.

*Tratamiento* -- Anestesia intrarraquídea con es-tovaina. Colpotomía anterior, destrucción de adhe-rencias para librar al útero, ignipuntura del ovario izquierdo, sondaje de la trompa enferma y cuñeo-his-teropexía. Post-operatorio excelente; un mes más tarde la operada es examinada, encontrando al útero en posición normal y refiere haber tenido un perío-do catamenial indoloro y de cuatro días de duración.

## OBSERVACION III

N. G. de L., 22 años, argentina, casada. In-gresó al servicio el 22 de Septiembre de 1913.

*Diagnóstico* — Histeria y embarazo tubario ro-to (derecho).

*Tratamiento* — Anestesia etérea. Colpotomía anterior, extirpación de la trompa derecha grávida y rota. Es dada de alta el 8 de Enero de 1914.

#### OBSERVACION IV

J. B. de B., española, 31 años, casada. Ingresó al servicio el 24 de Agosto de 1914.

*Diagnóstico* — Embarazo ectópico (tercer mes).

*Tratamiento* — Anestesia etérea. Colpotomía posterior, abertura de la trompa ectópica. Raspado uterino. Es dada de alta el 5 de Octubre.

M. R., española, 18 años, soltera. Ingresó al servicio el 24 de Junio de 1914.

*Diagnóstico* — Gestación ovárica rota derecha, Quiste hemático ovario izquierdo.

*Tratamiento* — Anestesia etérea. Colpotomía anterior. Resección parcial ovario derecho. Ovariotomía izquierda. Es dada de alta el 7 de Julio de 1914.

## Procesos inflamatorios supurados

### OBSERVACION I

Hospital J. A. Fernández. Servicio del doctor Alberto Chueco.

J. R., 18 años, italiana, casada. Sala II, cama Número 7. Ingresa al servicio el 10 de Junio de 1913.

*Diagnóstico* -- Pío-salpinx dobles.

*Tratamiento* -- Anestesia clorofórmica. Colpótomía anterior, por la brecha abierta se destruyen todas las adherencias, luego se exterioriza el útero a la vagina y se realiza la salpingo-ovariotomía izquierda y luego la salpingéctomía derecha. Postoperatorio, excelente; quince días más tarde es dada de alta.

## OBSERVACION II

T. O., 18 años, española, soltera. Sala II, cama N.º 19. Ingresó el 20 de Abril de 1914.

*Diagnóstico* — Pío-salpinx izquierdo y quiste hemático del ovario del mismo lado.

*Tratamiento* — Anestesia intratecal con estovaina. Colpotomía anterior, destrucción de adherencias de las neoplasias a los órganos vecinos, exteriorización, luego del útero hacia la vagina, extirpación de la trompa y del ovario enfermo. A pesar de haberse roto durante el acto operatorio el pío-salpinx y derramado su contenido en la cavidad vaginal, los resultados post-operatorios fueron excelentes.

## Bibliografía

### ARGENTINA

- Alsina, F. R.*—La vía baja en el tratamiento de los fibromas uterinos.—Tesis de Buenos Aires, 1914.
- Chueco, Alberto.*—Embarazo y quiste del ovario extirpado por colpotomía anterior. *La Semana Médica*, N.º 42, 1913.
- Chueco, Alberto.*—La vía vaginal en las intervenciones del útero y sus anexos.—Comunicación al Congreso de Lima en 1913.
- Chueco, Alberto.*—La vía vaginal en la Cirujía Obstétrica y Ginecológica. Sus resultados.—Conferencia pronunciada como tema libre en la sesión extraordinaria de la Sociedad Obstétrica y Ginecológica, 1914.
- Chueco, Alberto.*—Distocia por quiste dermoideo previo, extirpado por vía vaginal, en colaboración con los doctores José Badía y B. Calcagno.—*La Semana Médica*, N.º 38, 1913.
- Malbrán, R.*—La ovariectomía por vía vaginal en los quistes del ovario.—Tesis de Buenos Aires, 1914.

### EXTRANGERA

- Bernuiz et Goupil.*—Arch, gen. de med., 1897.
- Belloeuf.*—Traitement du cancer de l'utérus.—Thèse.—Paris, 1900.
- Bilhaut, Marceau.*—Evolution du traitement chirurgical du cancer utérin.—Thèse.—Paris, 1906.

- Bigeard.*—Les histérectomies totales, vagin, et abdominales.—Thèse.—Paris, 1899.
- Bouilly.*—Congrès Internat.—Paris, 1900.
- Bouilly.*—De l'ouverture, par la voie vaginale, de collections purulentes, salpingées et ovariennes.—Bull. Soc. Chirurgie, 1890.
- Bouilly.*—Indications et valeur de l'incision vaginales.—Congr. Fr. de Chirurgie, 1895.
- Boursier.*—Congrès Internat.—Paris, 1900.
- Brailwaite.*—Ablation des annexes par la voie vaginale.—The Lancet, 1888.
- Broese.*—Carcinome de l'utérus.—La Gynécologie, p. 446, 1899.
- Broca.*—Suppurations pelviennes, du choix des méthodes opératoires.—Congrès Français de Chirurgie, 1893.
- Chaput.*—Soc. de Chirurgie, 1873.
- Cardot, Georges.*—De la colpotomie dans le traitement de la péritonite généralisée d'origine puerpérale.—Thèse.—Paris, 1909.
- Chéron.*—Cellulite pelvien.—Revue Méd. Chir. des mal. des femmes, Janvier et Mars, 1900.
- Condamin.*—De la salpingo-ovariotripsie par la voie vaginale, dans les salpingo-ovarites enkystées.—Congr. Fr. de Chirurgie, 1894.
- Dartigues, L.*—La cirugía conservadora del útero y de los anexos en el tratamiento de los fibromas.—Revista de Obstetricia y Ginecología, pág. 675, 1901-1902.
- Delbet, P.*—Des suppurations pelviennes chez la femme.
- Doléris, A.*—Enucleation des fibromes utérines par la voie vaginale. Reproduction de nouvelles tumeur.—La Gynécologie, pág. 481, Decembre, 1900.
- Dührssen, Eugène veite.*—Zwanzig photographische Waudtafeln zur gynaekologischen, Operationslehre, zpeziell zur konservativen Kolpo-Coeliotomie.—Berlin, 1902.
- Dührsner, M.*—La colpotomie dans le traitement des inflammations, annexielles des positions vicieuses et des tumeurs de l'utérus.—La Ginecología, pág. 470, 1887.
- Doederlein.*—Zentr. für Gyn., N.º 26, pág. 681; 1902.
- Doyen.*—Technique Chirurgicale, 1897.
- Dührssen.*—Communication a XII Congrès International de Médecine.—Moscow, 1897.

- Favre*.—Chirurgie des annexes de l'utérus.
- Goodell*.—Ablation des annexes par le vagin.—Arch. de Tocologie, 1876.
- Gouilloud*.—Debridement vaginal des collections de la perimetrite chronique.—Congr. Fr. de Chirurgie, 1889.
- Gouilloud*.—Debridement vaginal des collections pelviennes. Méth. du professeur Laroyenne.—Arch. de Tocologie et de Gynécologie, 1891.
- Gouilloud*.—Cas de grossesse chez des opérées pour salpingo-ovariétés.—Congrès Français de Chirurgie, 1894.
- Gouilloud*.—Le Semaine Gynecologique, Paris, 29 de Marz 1904.
- Gloumeau, Emilie*.—Résultats éloignés des opérations conservatrices sur les organes génitaux de la femme.—Thèse.—Paris, 1906.
- Grisolle*.—Arch. Gén. de Méd., 1839.
- Hartmann*.—Ann. de Gyn. et d'Obst., t. I, p. 290; 1890.
- Hartmann*.—Congrès de Chirurgie, 1899.
- Hartmann*.—Congrès d'Amsterdam, 1899.
- D'Herbécourt, Jean*.—De la voie vaginale sans histerectomie.—Thèse. Paris, 1900.
- Hofmeier*.—Maladie des femmes—12<sup>e</sup> éditions, 1899.
- Jacobs*.—Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, N.º 4, p. 1; 1900.
- Jonnesco*.—Congrès International.—Paris, 1900.
- Jonnesco*.—Congrès d'Amsterdam, 1899.
- Jullien*.—De l'intervention dans certains cas de suppurations pelviennes.—Arch. de Tocol, 1892.
- Kantzel*.—Traitement du cancer de l'utérus.—Thèse.—Bordeaux, 1900.
- Labadie*.—Lagrave et Legueu.—Traité medico-chirurgical de gynécologie.
- Le Dentu*.—De las retrodesviaciones. Lección clínica hecha en el Hospital Necker.—La Semana Ginecológica, p. 49.—Paris, 12 de Febrero de 1901, y 19 de Marzo de 1901.
- Laroyenne*.—De la ablation par le vagin des annexes de l'utérus enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite.—Ann. de Gynécologie, Juillet, 1896.
- Laroyenne*.—Bull. de la Soc. de Chirurgie, 1890.

- Lawson, Tait.*—Traité des maladies des ovaires.  
*Le Bec.*—Suppurations pelviennes.—Gaz. Méd. de Paris, Octobre 1892.  
*Legueu.*—De la colpotomie dans les suppurations annexielles.—Revue International de Médecine et Chirurgie, 25 Octobre 1898.  
*Lebert.*—Des suites éloignées de l'ovariotomie, voie vaginale.—Arch. de Tocologie, 1882.  
*Le Dentu.*—Traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus.—Gaz. des Hôp., 1892.  
*Lejars.*—Art. Colpotomie d'urgence, in Traité de chirurgie d'urgence. 2e. édition, p. 483.  
*Mackenrodt, Gussenbauer, Schuchardt.*—Ann. de Gynec. de Paris, Mai, 1899.  
*Marcille.*—Th. Paris, 1902.  
*Martin, M.*—V Congrès International d'Obst et Gynec. de Saint-Petersbourg, 22-28 Sept., 1910.  
*Monplaisier, Jean.*—Des indications de l'histerectomie vaginale dans les fibromes de l'utérus.—These Paris, 1912.  
*Manckenrodt.*—Annales de Gynecologie et d'Obstetrique, 1896.  
*Martin.*—Brist Medical Journal, 1896.  
*Monod, Ch.*—Sur le traitement des salpingites suppurées par l'incision vaginale, observation et remarques.—Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., t. xxiv, pag. 463, 1898.  
*Nonat.*—Gaz. des Hôpit., 1852.  
*Olshausen.*—Congrès all. de Chirurgie, 1901.  
*Ott Dimitri de.*—Rapport au Congrès International de Paris, pag. 7, 1900.  
*Paquy.*—Ann. de Gyn. et d'Obstetrique, t. vii, pag. 436, 1896.  
*Fean.*—Bulletin de l'Ac. de Med., 1882, et Gazette des Hopitaux, Janvier, 1886.  
*Pelletan.*—Gaz. Méd. de Paris, 1835.  
*Perdoux, Joseph.*—Le drainage en gynécologie.—These Paris, 1912.  
*Picard, Jacques.*—L'hématocèle intra-péritonéale et son traitement. Contribution à l'étude des ruptures tubaires.—These Paris, 1907.  
*Picqué.*—De la valeur de la colpotomie.—La Gynecologie, núm. 3, 1898.—Revue Génér. de Clin. et de Thérap., 1890.  
*Pichevin, M.*—Sur la colpoeceliotomie.—La Gynecologie, núm. 2, pag.

- 471, 1897.—La Semaine Gynecologique, pág. 121, Paris, April 19, 1904.—La Semaine Gynecologique, pág. 369, Paris, 1905.
- Pichivin, R.*—Chirurgie conservatrices des fibro-miomes uterines.—Revue d'Obst. et Gynee., 1901-1902.
- Polk, W.*—Indications de la voie vaginale et de la voie abdominale.—Canadian Pract., 8 Février, 1896.
- Pozzi, S.*—Traité de Ginecologie, t. I, pág. 408 et suivent.—Presse Médicale, 27 Septembre, 1902.
- Ricard.*—Congrès de Chirurgie, Paris, 1899.
- Richelot.*—Chirurgie de l'utérus, Paris, 1902.
- Ritchinsky, N. J.*—Castración por vía vaginal.—C. R. du 7.e Congrès des médecins russes, tenu á Kazan, 1899.—La Ginecologia, núm. 5, 1900.
- Ricou.*—Thèse Paris, 1905.
- Richelot.*—Congrès International de Médecine et Chirurgie, Paris, 1900.
- Roger, Jean.*—Essai sur les indications operatoires et le choix de l'intervention dans le traitement des suppurations pelviennes.—Thèse Paris, 1900.
- Routier.*—Traitement chirurgical de l'hémotocèle péri-uterine.—Sem. Méd., Juin, 1898.—Etude sur les inflammations péri-utérines.—Soc. de Chirurgie, 14 Novembre, 1888.
- Schau'a.*—Über die Einschränkung der Laparotomie zu Gunsten der Vaginalen Coeliotomie.—Wiener Klinische Wochenschrift, 1er. Février, pág. 103, 1900.
- Segond.*—Société de Chirurgie.—19 Juillet, 1899.—Traitement de grossesses extra-uterines. — Congrès Gynécologique, Marseille, Octub., 1898.—Congrès de Chirurgie de Paris, 1899, et Congrès International de Paris, 1900.—De l'hysterectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes.—Ann. de Gynécologie et d'Obstetrique, 1891, et Soc. de Chirurgie, 1891, 1892, 1894.—Congrès Fr. de Chirurgie, Paris, 1893.
- 1894.—Congrès Fr. de Chirurgie, Paris, 1893.—In Duplay et Reclus, Tr. de Chir., t. VIII, pág. 591.
- Segond, Pean, Richelot.*—Neuvième Congrès Français de Chirurgie.—Sem. Méd., pág. 475 et suivent, 1895.
- Sims.*—Brit. Med. Journ., 1887.

- Smith.*—The Lancet, 1883.
- Siratz, H.*—Kolpotomia lateralis.—Zentralbl. für Gynae., núm. 38, pág. 1166, 1899.
- Segond.*—Bull. et Mémoire de la Soc. de Chir., pág. 153.—1891.
- Tillaux.*—Traité de chirurg. clinique, t. II, 1897.
- Terrier.*—Société de Chirurgie, 14 Juillet, 1899, et 19 Juillet, 1899.—Congrès de Chirurgie, 1891, 1899.—Revue de Chirurgie, Decembre, 1897; Decembre, 1898; Decembre, 1899.
- Terrillon.*—Traitement chirurgical des suppurations pelviennes de la femme.—Sem. Méd., 4 Août, 1886.—Ablation des annexes par la voie vaginale.—Progrès, Méd., 1888.
- Teson.*—Le cancer du corps de l'utérus.—Thèse Paris, 1902.
- Thevenard.*—Contribution a l'étude de l'hématocèle retro-uterine.—Thèse Paris, 1896.
- Wertheim.*—Arch. für Gyn., t. LXI, pág. 627, 1900.
- Williams, R.*—Brit. Gyn. Journal, número de Janvier, 1896.
- Winter, Wackenrodt, Gussenbauer, Schuchhardt.*—Voy Ann. de Gyn. de Paris, número de Mai, 1899.
- Wilson, Henry T.*—Vaginal Colpotomy: its Advantages and Limitations.
- Wertheim.*—Congrès de Saint-Petersbourg, 1910.
- Vucherhandl.*—Wiener Méd. Presse, núm. 7 et 12, 1889.

Buenos Aires, Junio 15 de 1915.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Enrique Zárate, al profesor titular Dr. Ricardo S. Gómez, y al profesor suplente Dr. Jaime Salvador, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

L. GÜEMES

*J. A. Gabastou.*  
Secretario

Buenos Aires, Julio 2 de 1915

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3028 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

*J. A. Gabastou.*  
Secretario



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

Paralelo entre la Colpotomía anterior y posterior en la técnica de la vía vaginal.

*Enrique Zárate.*

### II

Hemostasia por vía vaginal.

*Ricardo S. Gómez.*

### III

¿Porqué el mayor número de los cirujanos de todas partes, siguen la vía abdominal, en el tratamiento quirúrgico de casi todas las afecciones de los órganos contenidos en la pelvis de la mujer y, excepcionalmente, la vía vaginal ?

*Jaime Salvador.*



1352



